



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ: ΜΑΡΙΑ ΛΕΟΝΤΑΡΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΡΑΚΩΤΑ

ΑΜ: 16440

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

3.1 ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

3.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.2 ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

3.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.3 ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

3.3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.4 ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

3.4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.5 ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

3.5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.6 ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

3.6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.7 ΤΡΑΥΜΑ

3.7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.8 ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ

3.8.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.8.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.8.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.9 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ- ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι αιμορραγίες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες είναι αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο και σχετίζεται με διάφορες καταστάσεις που μπορεί να απειλήσουν την εγκυμοσύνη ή και όχι.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναγνωρίσουμε τις αιμορραγικές καταστάσεις εκείνες που αποτελούν φυσικά σημάδια της εγκυμοσύνης κατά τους πρώτους μήνες, καθώς και τα σημάδια εκείνα που αποτελούν απειλή για την κύηση τόσο στην αρχή της όσο και στην προχωρημένη πορεία της. Επίσης θέλουμε να δώσουμε τις σωστές οδηγίες αντιμετώπισης και περίθαλψης οποιασδήποτε αιμορραγικής κατάστασης.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου αλλά και την βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Τα άρθρα και τα βιβλία που επιλέχθηκαν ήταν κατά βάση των τελευταίων ετών και όσο πιο πρόσφατα γίνεται. Υπήρξαν περιορισμοί στην αναζήτηση τόσο χρονικοί, όσο και με βάση τα επιστημονικά περιοδικά που διέθεταν ελεύθερη είσοδο για να δούμε τα άρθρα που μας ενδιέφεραν. Έτσι η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Κατά την αναζήτηση των άρθρων έγινε περιορισμός με κατάλληλες λέξεις κλειδιά και φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά όπως κολπική αιμορραγία, εγκυμοσύνη, επιπλοκές, πρώτο τρίμηνο, δεύτερο τρίμηνο, θεραπεία- αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Αιμορραγικές καταστάσεις που αφορούν την εγκυμοσύνη κυρίως στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο αποτελούν επείγουσες καταστάσεις που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Η αναγνώριση μιας τέτοιας κατάστασης σε συνδυασμό με την γρήγορη και η έγκυρη αντιμετώπιση και τη σωστή παρακολούθηση από τους επαγγελματίες υγείας, έχει ως στόχο να σωθεί η ζωή της μητέρας και του εμβρύου και να περιοριστούν τυχόν επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Μια αιμορραγία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί μια σοβαρή κατάσταση. Μπορεί να οφείλεται σε αποβολή ή να συμβεί κατά την διάρκεια της εμφύτευσης του πλακούντα στην μήτρα, η πρώτη κατάσταση χρήζει άμεσης αντιμετώπισης για να σωθεί το έμβρυο ενώ

η δεύτερη κατάσταση αποτελεί φυσικό ακόλουθο της διαδικασίας. Κάθε γιατρός οφείλει να ενημερώνει τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν για πρώτη φορά μια εγκυμοσύνη για τις όποιες επιπλοκές και το ίδιο πρέπει να κάνουν και οι επαγγελματίες υγείας βοηθώντας τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν όσο πιο ομαλά γίνεται διάφορα μικροπρόβλήματα που μπορεί να προκύψουν.

Λέξεις ευρητηρίου: Κολπική αιμορραγία, πρώτο τρίμηνο, εγκυμοσύνη, επιπλοκές, θεραπεία και νοσηλευτική.

Abstract

Introduction: The bleeding during pregnancy, especially during the first months is quite a common phenomenon and is associated with various situations that may threaten the pregnancy or not.

Purpose: The purpose of this study is to recognize the hemorrhagic conditions those are physical signs of pregnancy during the first months, and marks those that are a threat to pregnancy both in principle and in the advanced course. Also we want to give the correct response instructions and care of any bleeding situation.

Material and Method: Carried bibliography of Greek and international literature in electronic databases PubMed and Google Scholar and the SEYP TEI library Epirus. Articles and books chosen was basically the last few years and as recently as possible. There were limitations in the search for both temporal, and based on scientific journals that had free entry to see the articles that interested us. So the choice was made of books, general articles, reviews and systematic studies. When searching articles became restriction with appropriate keywords and phrases used in combination as vaginal bleeding, pregnancy, complications, first trimester, second trimester, treatment.

Results: Bleeding situations involving pregnancy especially in the first and second quarters are emergencies that require immediate attention. The recognition of this situation combined with fast and reliable treatment and proper monitoring by health professionals, aims to save the life of mother and fetus and reduce complications.

Conclusions: A bleeding during pregnancy is a serious condition. It may be due to miscarriage or occur during placental implantation in the womb, the first condition requires immediate treatment to save the fetus and the second state following a natural process. Each doctor must notify women faced for the first time a pregnancy for any complications and the same should do the health professionals helping women to cope as smoothly as possible the various small problems that may arise.

Key words: Vaginal bleeding, first trimester, pregnancy, complications, treatment, and nursing.

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα μιας γυναίκας περιλαμβάνει τα έσω και τα έξω γεννητικά όργανα. Στα έσω γεννητικά όργανα περιλαμβάνονται οι ωothήκες, η σάλπιγγα ή ωαγωγός αλλιώς, η μήτρα και ο κόλπος ή κολεός αλλιώς. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν το εφήβαιο και την κλειτορίδα, το μείζον χείλος, το έλασσον χείλος, τον πρόδρομο του κολεού και τους (βαρθολίνειους) αδένες του προδρόμου (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Οι δύο ωothήκες έχουν θέση που εντοπίζεται εκατέρωθεν της μήτρας πίσω από τον πλατύ σύνδεσμο μέσα σε μια κοιλότητα της ελάσσονος πυέλου που ονομάζεται ωθηκικός βόθρος (Αντωνίου και συν, 2015). Οι ωothήκες, ανήκουν στους αναπαραγωγικούς αδένες του θήλεος και παίζουν σημαντικό ρόλο στην θέση ωρίμανσης των ωοκυττάρων και των ωοθυλακίων. Έχουν σχήμα που χαρακτηρίζεται ως αμυγδαλοειδές και το μήκος τους είναι περίπου στα 4 εκ. ενώ η μορφή τους αλλάζει με το πέρασ της ηλικίας. Στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι λεία η επιφάνεια των ωθηκών, σε μια σεξουαλικά ώριμη γυναίκα είναι ανώμαλη και κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης οι ωothήκες γίνονται ατροφικές και ρυτιδιασμένες (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Οι σάλπιγγες (ή ωαγωγοί) εντοπίζονται κάτω από την μήτρα και στις δύο πλευρές της (Fritsch & Kuhnel, 2009), δεν εφάπτονται επάνω στις ωothήκες, αλλά πλησιάζουν σε αυτές ανοίγοντας το σχήμα τους και σχηματίζοντας τον επονομαζόμενο κώδωνα. Ο κώδωνας καταλήγει σε επιμήκεις μικροσκοπικές τριχοειδείς προσεκβολές επικαλυμμένες από επιθήλιο που ονομάζονται κροσσοί (Vander et al., 2011). Οι σάλπιγγες, είναι προσκολλημένες στον πυθμένα της μήτρας και το μήκος τους βρίσκεται ανάμεσα στα 8 έως 14 εκατοστά (Lowdermilk et al., 2013). Ο κάθε ωαγωγός αποτελείται από τον ισθμό, την λήκυθο, τον κώδωνα και το κοιλιακό στόμιο (ΑΝΤΩΝΙΟΥ, et al., 2015). Καθένας από τους δύο ωαγωγούς έχει μήκος περίπου 10 εκατοστά και βρίσκεται στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Μέσω των ωαγωγών επικοινωνούν μεταξύ τους η περιτοναϊκή κοιλότητα με την κοιλότητα της μήτρας (Snell, 2009) με το κοιλιακό ή έξω στόμιο (Αντωνίου και συν, 2015). Οι σάλπιγγες είναι χρήσιμες ως χώρος γονιμοποίησης διότι μέσα σε αυτές γίνεται η ένωση σπερματοζωαρίου με το ωάριο (Fritsch & Kuhnel, 2009). Οι κροσσοί που βρίσκονται στο πέρασ των ωαγωγών κινούνται με φορά προς την μήτρα, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα αναρροφητικό ρεύμα μέσα στον

ωαγωγό, συμβάλλοντας στη μετακίνηση του ωαρίου από την ωοθήκη στον ωαγωγό, για να καταλήξει τελικά στη μήτρα (Αντωνίου και συν, 2015).

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με ιδιαίτερα παχύ μυϊκό τοίχωμα ώστε να διατείνεται κατά την κύηση (Μπόντης, 2007). Εντοπίζεται στο κέντρο της ελάσσονος πυέλου μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού με μια κλίση προς τα εμπρός (Fritsch & Kuhnel, 2009). Η ουρήθρα, ο κόλπος και το ορθό βρίσκονται σε παράλληλες θέσεις μεταξύ τους ενώ όταν απουσιάζει το περιεχόμενο της κύστης η μήτρα είναι σχεδόν κάθετη στα όργανα αυτά (Agur & Dalley, 2012). Έχει χαρακτηριστικό σχήμα αχλαδιού. Διακρίνεται στον τράχηλο που αποτελεί το κατώτερο μέρος της, τον ισθμό και το σώμα της μήτρας (Μπόντης, 2007). Το σώμα της μήτρας είναι το μέρος εκείνο που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των ωαγωγών. Η κοιλότητα του σώματος έχει τριγωνικό σχήμα. Προς τα κάτω το σώμα της μήτρας στενεύει και μεταπίπτει στον τράχηλο (Snell, 2009). Ο τράχηλος προβάλλει στο άνω άκρο του κόλπου (Lowdermilk et al., 2013). Η πιο στενή μοίρα στο σημείο ένωσης του τραχήλου και της μήτρας ονομάζεται ισθμός της μήτρας (Fritsch & Kuhnel, 2009). Ο τραχηλικός σωλήνας της μήτρας, επικοινωνεί με τη κοιλότητα του σώματος με το έσω στόμιο και με την κοιλότητα του κολεού με το έξω στόμιο (Snell, 2009).

Ο κόλπος ή κολεός αλλιώς εκτείνεται από τον πρόδρομο μέχρι τον τράχηλο της μήτρας (Μπόντης, 2007). Παριστά έναν ινομυώδη διατατό σωλήνα (Fritsch & Kuhnel, 2009). Έχει μήκος περίπου 8 εκατοστά, ενώ στο άνω πέρας του πρόσθιου τοιχώματος του κολεού εισέρχεται ο τράχηλος της μήτρας (Snell, 2009). Το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού έρχεται σε επαφή με τη βάση της ουροδόχου κύστεως και την ουρήθρα. Προς τα πίσω ο κολεός έρχεται σε σχέση κυρίως με το ορθό (Drake et al., 2007). Το κατώτερο μέρος του κόλπου εκβάλλει στον πρόδρομο του κόλπου ο οποίος καλύπτεται πλήρως από τον παρθενικό υμένα, μέσα από τις οπές του οποίου παροχετεύεται το αίμα της εμμήνου ρύσεως (Berek, 2011). Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι το άνω ήμισυ του κολεού βρίσκεται πάνω από το πυελικό έδαφος και το κάτω ήμισυ βρίσκεται μέσα στο περίνεο (Snell, 2009).

Τα έξω γεννητικά όργανα ονομάζονται και όλα μαζί με την ονομασία αιδοίο (Vander et al., 2011).

Το εφήβαιο βρίσκεται πάνω από την πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Αποτελείται από ένα λιπώδες έπαρμα του δέρματος (Lowdermilk

et al., 2013). Το εφήβαιο είναι μια στρογγυλεμένη λιπώδης προπέτεια μπροστά από την ηβική σύμφυση, τα ηβικά φύματα και τους άνω ηβικούς κλάδους. Η προπέτεια αυτή σχηματίζεται από μία μάζα λιπώδους υποδόριου ιστού. Το ποσό του λίπους αυξάνεται στην εφηβεία και το εφήβαιο καλύπτεται από τρίχες (Fritsch & Kuhnel, 2009) και ελαττώνεται μετά την εμμηνόπαυση (Moore et al., 2013). Η επιφάνεια του εφηβαίου συνεχίζει μέχρι το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα (Moore et al., 2013).

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο στρογγυλες πτυχές λιπώδους ιστού καλυπτόμενες από δέρμα, οι οποίες επεκτείνονται από το εφήβαιο προς τα κάτω και πίσω (Lowdermilk et al., 2013). Τα μείζονα χείλη, κατά βάση αποτελούνται από λιπώδη σώματα και φλεβώδη πλέγματα. Οι εξωτερικές τους επιφάνειες καλύπτονται από ένα σκουρόχρωμο χρώματος δέρμα, στο οποίο εμπεριέχονται αρκετές λείες μυϊκές ίνες, τρίχες καθώς και πλήθος ιδρωτοποιών και σμηγματογόνων αδένων (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Τα μικρά χείλη είναι μικρές δερματοπτυχές που εντοπίζονται εντός των μεγάλων χειλέων, περιβάλλουν την οπή της ουρήθρας και του κόλπου και έτσι σχηματίζουν τον πρόδρομο του κολεού, εντός του οποίου εκχύουν οι προδρομικοί αδένες (Vander et al., 2011). Τα μικρά χείλη, ενώνονται προς τα πίσω με τον χαλινό των μικρών χειλιών ο οποίος εξαφανίζεται μετά τον πρώτο τοκετό (Fritsch & Kuhnel, 2009). Η περιοχή του πρόδρομου του κόλπου περιέχει επίσης τα στόμια για τον κόλπο και την ουρήθρα καθώς και τους αδένες του Bartholin (βαρθολόνιοι) (Lemone et al., 2014). Η θέση των μικρών χειλέων οριοθετεί τον πρόδρομο του κολεού (Agur & Dalley, 2012).

Οι μείζονες αδένες του προδρόμου ή οι βαρθολόνιοι αδένες είναι δύο μικροί αδένες σε σχήμα μπιζελιού ένας δεξιά και ένας αριστερά καθένας από τους οποίους εκβάλλει με δικό του εκφορητικό πόρο στον πρόδρομο του κόλπου (Παρασκευάς, 2008). Οι μείζονες αδένες αυτοί, εντοπίζονται στο επιφανειακό περινεϊκό κόλπωμα (Agur & Dalley, 2012). Στον πρόδρομο του κόλπου προς τα εμπρός εκβάλλει η ουρήθρα (σ' ένα έπαρμα την ουρηθριαία θηλή) και προς τα πίσω βρίσκεται ο κόλπος (Παρασκευάς, 2008). Οι μεγάλοι αδένες του προδρόμου έχουν διάμετρο περίπου 0,5 εκ. Οι αδένες αυτοί είναι στρογγυλοί ή ωοειδείς και υπερκαλύπτονται μερικώς προς τα πίσω από τους βολβούς του προδρόμου (Moore et al., 2013).

Η κλειτορίδα εντοπίζεται κάτω από την πόσθη και αποτελεί μικρή δομή αποτελούμενη από στυτικό ιστό με πολυάριθμες νευρικές απολήξεις.

(Lowdermilk et al., 2013). Απαρτίζεται από μια ρίζα και ένα μικρό κυλινδρικό σώμα που αποτελείται από δύο σκέλη, δύο σηραγγώδη σώματα και από την βάλανο της κλειτορίδας. Τα σκέλη προσφύονται στους κάτω ηβικούς κλάδους και στον περινεϊκό υμένα κάτω από τα χείλη. Το σώμα της κλειτορίδας καλύπτεται από την ακροποσθία. Μαζί το σώμα της και η βάλανος της κλειτορίδας έχουν μήκος περίπου 2 εκ. και διάμετρο μικρότερη από 1εκ. (Moore et al., 2013).

Ο προδρόμος του κόλπου είναι μια περιοχή σε σχήμα αμυγδαλού που εγκλείεται από τα μικρά χείλη και περιέχει το στόμιο της ουρήθρας, τους αδένες του Skene, τον κόλπο (Lowdermilk et al., 2013) και τους μεγάλους αδένες του προδρόμου, που ονομάζονται βαρθολόνιοι (Παπασιδέρης, 2010). Παρουσιάζει μεγάλη ανατομική ποικιλία σε ότι αφορά το μέγεθος του υμένα, ο οποίος διασπάζεται κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή παρά το γεγονός αυτό όμως υπολείμματά του μένουν ακόμα και μετά τον κολπικό τοκετό ονομαζόμενα ως μύρτα του υμένα (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Οι αδένες του Skene εντοπίζονται δεξιά και αριστερά της ουρήθρας και λειτουργούν παράγοντας βλέννη η οποία βοηθά στην λίπανση του κόλπου (Lowdermilk et al., 2013), πιο συγκεκριμένα αυτή την λειτουργία εκτελούν οι ελάσσονες αδένες του προδρόμου (Fritsch & Kuhnel, 2009). Οι αριθμητικά περισσότεροι ελάσσονες αδένες του Skene, εντοπίζονται εντός των τοιχωμάτων του προδρόμου (έσω τείχη των μικρών χειλέων) ανάμεσα στην απόληξη του κόλπου και το στόμιο της κόλπου (Larsen, 2007).

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το γεννητικό σύστημα της θήλεος βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του υποθαλάμου ο οποίος εκκρίνει την ορμόνη της γοναδοτροπίνης (GnRH). Ακόμα υπόκειται στον έλεγχο του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης ο οποίος εκκρίνει την ωοθυλακιότροπο ορμόνη (FSH) και την ωχρινότροπο ορμόνη (LH), οι οποίες ανταποκρίνονται στην απελευθέρωση της GnRH από τον υποθάλαμο (Guyton & Hall, 2006). Ακόμα, εκκρίνονται από τις ωοθήκες, τα οιστρογόνα από το ώριμο ωοθυλάκιο, καθώς και η προγεστερόνη (Swartz, 2013). Τα αναπαραγωγικά κύτταρα ή αλλιώς τα ωάρια ωριμάζουν στις ωοθήκες. Τα ώριμα ωάρια αυτά απελευθερώνονται κάθε μήνα δηλαδή σε κάθε κύκλο, μέσα στην σάλπιγγα και μεταφέρονται προς την μήτρα. Εάν συμβεί γονιμοποίηση, η βλαστοκύστη, εμφυτεύεται στο κατάλληλα προετοιμασμένο ενδομήτριο (Fritsch & Kuhnel, 2009). Μόνο μερικά από αυτά τα ωάρια προορίζονται για ωορρηξία, ενώ όλα τα υπόλοιπα εκφυλίζονται σε

κάποιο σημείο της ανάπτυξής τους και έτσι λίγα ή κανένα παραμένουν στην θέση τους μέχρι η γυναίκα να φτάσει περίπου στην ηλικία των πενήντα ετών (Vander et al., 2011).

Η ανάπτυξη των ωοθυλακίων αποτελείται από τρία στάδια. Το πρώτο διαρκεί πολλά χρόνια και η διάρκεια του κατά προσέγγιση είναι 13 χρόνια ενώ η μεγαλύτερη διάρκεια είναι 50 έτη (Costanzo, 2013). Μέχρι τα 13 χρόνια δηλαδή κατά την παιδική ηλικία, η FSH και LH ορμόνες δεν παράγονται γεγονός που σημαίνει ότι οι ωοθήκες παραμένουν ανενεργές (Guyton & Hall, 2006). Στο δεύτερο στάδιο η ανάπτυξη των ωοθυλακίων γίνεται με ταχύτερο ρυθμό από ότι στο πρώτο. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου από 70 έως 85 ημέρες και συμβαίνει μόνο κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας (Costanzo, 2013). Από την ηλικία των 9 έως 12 ετών, έχουμε την έναρξη της έκκρισης FSH και LH ορμόνης από την υπόφυση, η οποία εκκρίνεται σταδιακά σε χαμηλές ποσότητες σηματοδοτώντας με αυτό τον τρόπο την έναρξη του κανονικού μηνιαίου κύκλου (Guyton & Hall, 2006). Η έναρξη αυτής της περιόδου ξεκινά συνήθως μεταξύ των ηλικιών 11 έως 15 ετών σηματοδοτώντας την έναρξη της εφηβείας. Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο η ανάπτυξη των ωοθυλακίων εξελίσσεται ταχύτατα και λαμβάνει χώρα σε 5 με 7 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Από την 14η έως την 28η ημέρα του καταμήνιου κύκλου συμβαίνει ωορρηξία κατά την οποία το κυρίαρχο ωοθυλάκιο υφίσταται ρήξη και απελευθερώνεται το ωκύτταρο εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας (Costanzo, 2013). Η απελευθέρωση ενός ώριμου ωαρίου από μια ωοθήκη είναι γνωστή ως ωορρηξία και αποτελεί το κυρίαρχο γεγονός του εμμηνορρυσιακού κύκλου (Boron & Boulraep, 2006). Μετά την ωορρηξία, το ωοθυλάκιο ονομάζεται ωχρο σωματίο. Εάν δεν ακολουθήσει κύηση, το ωχρο σωματίο υποστρέφεται και τα επίπεδα των ωοθηκικών ορμονών αρχίζουν να μειώνονται (Swartz, 2013).

Τα οιστρογόνα που παράγονται είναι ουσιώδη για την ανάπτυξη και διατήρηση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου και σε συνδυασμό με άλλες ορμόνες, διεγείρουν την προετοιμασία των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας για την ανάπτυξη του εμβρύου (Lemone et al., 2014). Με την έναρξη του μηνιαίου γεννητικού κύκλου δημιουργείται αύξηση της FSH ορμόνης που με την σειρά της οδηγεί σε ενεργοποίηση και αύξηση της παραγωγής της LH ορμόνης (Ιατράκης, 2015). Οι ορμόνες αυτές, στοχεύουν τις ωοθήκες προκαλώντας ανάπτυξή τους μαζί με τα ωοθυλακία τα οποία εμπεριέχονται σε αυτές. Δημιουργείται έτσι μια μέτρια διεύρυνσή τους και αύξηση σε διάμετρο, ενώ στη συνέχεια, ακολουθεί η απελευθέρωση του ώριμου ωοθυλακίου. Η LH αποτελεί απαραίτητη ορμόνη για την φάση αυτή (Guyton & Hall, 2006). Ο ρυθμός έκκρισης της αυξάνεται σημαντικά σε ένα

χρονικό διάστημα 2 ημερών και κορυφώνεται περίπου 16 ώρες πριν από την ωορρηξία (Guyton & Hall, 2006). Η προγεστερόνη αποτελεί την ορμόνη εκείνη η οποία αυξάνει την έκκριση της κατά την διάρκεια της ωορρηξίας, προετοιμάζοντας το ενδομήτριο για την εγκατάσταση της βλαστοκύστης, και την διατήρηση της μήτρας σε μια ευνοϊκή κατάσταση για τη φυσιολογική εξέλιξη της κυοφορίας. Επίσης, μειώνει την ευαισθησία του μυομητρίου στην επίδραση της ωκυτοκίνης και άλλων παραγόντων που διεγείρουν την κινητικότητά του (εξασφαλίζοντας ήρεμο περιβάλλον στη μήτρα κατά την διάρκεια της κυοφορίας) (Σμοκοβίτη, 2008). Τέλος, επιδρά κυρίως στην ανάπτυξη του μαζικού αδενικού ιστού και του ενδομητρίου, και κατά την κύηση χαλαρώνει τον λείο μυ ώστε να ελαττωθούν οι συσπάσεις της μήτρας (Lemone et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το σώμα της γυναίκας προσαρμόζεται στην νέα αυτή κατάσταση με κάποιες αλλαγές που συμβαίνουν σταδιακά, και οφείλονται στις εκκρινόμενες ορμόνες της κύησης τόσο από την μήτρα όσο και από άλλους ιστούς (Lowdermilk et al., 2013).

Στα σημεία εκείνα που συγκαταλέγονται στην προσαρμογή της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανήκουν και τα συμπτώματα που σηματοδοτούν την έναρξη της εγκυμοσύνης. Στα πρώτα συμπτώματα που γίνονται εύκολα αντιληπτά και από την ίδια την γυναίκα είναι η αμηνόρροια, οι μεταβολές στους μαστούς, η συχνουρία, η ναυτία και οι έμετοι καθώς και η εύκολη κόπωση (Lowdermilk et al., 2013). Η ναυτία και οι εμετοί μπορεί να είναι συχνοί και συνήθως διαρκούν μέχρι και την 12η εβδομάδα της κύησης (Jewell & Young, 2001). Επίσης, τα θετικά εκείνα σημεία που υποδηλώνουν μια κύηση αφορούν την ακρόαση των εμβρυικών παλμών και την απεικόνιση του ίδιου του εμβρύου μέσω υπερηχογραφήματος (Lowdermilk et al., 2013).

Αρχικά, το πρώτο όργανο που μεταβάλλεται είναι η μήτρα η οποία λόγω της έκκρισης προγεστερόνης και οιστρογόνων μεγαλώνει σε μέγεθος. Στην διάρκεια της 7ης εβδομάδας η μήτρα έχει το μέγεθος ενός μεγάλου αυγού, κατά την 10η εβδομάδα έχει το μέγεθος ενός πορτοκαλιού, δηλαδή το διπλάσιο μέγεθος από μια μήτρα που δεν βρίσκεται σε κύηση και στην 12η εβδομάδα έχει το μέγεθος ενός γκρέιπφρουτ. Μετά το πέρας του πρώτου τριμήνου, η μεταβολή οφείλεται στην ανάπτυξη του εμβρύου. Το σχήμα της μήτρας επίσης αλλάζει στα διάφορα στάδια της εγκυμοσύνης. Σε αυτό της σύλληψης έχει σχήμα αχλαδιού, στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης αποκτά σφαιρικό σχήμα ενώ αργότερα, όσο αναπτύσσεται το έμβρυο τόσο πιο ωοειδής γίνεται. Ακόμα αλλάζει και η θέση της καθώς με την ανάπτυξη του εμβρύου ανυψώνεται από την πύελο και εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα. Επίσης, καθώς η μήτρα αναπτύσσεται ακουμπά στο κοιλιακό τοίχωμα μετακινώντας το έντερο προς την άλλη πλευρά της κοιλιάς (Lowdermilk et al., 2013).

Στη συνέχεια έχουμε αλλαγή των μαστών οι οποίοι μεγεθύνονται μετά από την 12η εβδομάδα της κύησης. Αυτό το γεγονός οφείλεται κυρίως στην σταδιακή έκκριση των ορμονών και κυρίως της προλακτίνης που στοχεύουν τους μαστούς οδηγώντας στην υπερπλασία του μαστικού αδενικού ιστού (Ιατράκης, 2015). Έχουμε αίσθημα βάρους και πληρότητας των μαστών καθώς και αυξημένη ευαισθησία και νυγμούς που προκαλούνται ως απάντηση

στις εκκρίσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης. Σε όλη την διάρκεια του δεύτερου και τρίτου τριμήνου, ο μαζικός μαστικός αδένας αναπτύσσεται και είναι υπεύθυνος για την μεγέθυνση των μαστών. Ενώ τα εκκρίματα από τις ορμόνες της προγεστερόνης, των οιστρογόνων και της προλακτίνης προάγουν τους γαλακτοφόρους πόρους προκαλώντας υπερπλασία του μαζικού αδένα. Επίσης υπάρχει αλλαγή στον χρωματισμό γύρω από την θηλή ο οποίος γίνεται πιο σκούρος και μετά την 18η εβδομάδα μπορεί να υπάρξει και έκκριση από την θηλή ενός λεπτού κολλώδους και διαυγούς υγρού, ενώ οι θηλές ανορθώνονται και άλλο και έχουμε πιο πλούσια αιμάτωση που οδηγεί σε διαστολή των αγγείων (Ιατράκης, 2015).

Ακόμα, παρατηρείται συχνοουρία στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης καθώς η μήτρα μεγαλώνει. Η κατάσταση αυτή σταματά μετά το δεύτερο τρίμηνο όταν η μήτρα αρχίζει να μεγαλώνει και να εξέρχεται από την μικρή πύελο, ενώ εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα (Ιατράκης, 2015).

Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αφορούν και μεταβολές στον τράχηλο, τον οποίο προετοιμάζουν κατάλληλα για τον τοκετό και την έξοδο του κνήματος οι ορμόνες της κύησης. Ο τράχηλος γίνεται οιδηματώδης, χαλαρός και αρκετά ελαστικός και παράλληλα διογκώνεται. Ενώ ο τράχηλος μιας άτοκης γυναίκας είναι στρογγυλός, μετά τον τοκετό ο τράχηλος αποκτά μια πιο ωοειδή μορφή (Blackburn, 2007). Επίσης παρατηρείται κυάνωση κόλπου και τραχήλου οφειλόμενη στην αυξημένη αιματική ροή στην περιοχή καθώς και αυξημένες κολπικές εκκρίσεις που συμβαίνουν λόγω της επίδρασης των ορμονών (Ιατράκης, 2015). Οι εκκρίσεις αυτές αποτελούν φραγμό για την είσοδο διαφόρων παθογόνων μικροοργανισμών και βακτηρίων στον κόλπο κατά την διάρκεια του τοκετού (Lowdermilk et al., 2013).

Μεταβολές συμβαίνουν σε αρκετά ακόμα συστήματα του γυναικείου σώματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ξεκινώντας από το καρδιαγγειακό σύστημα έχουμε την εμφάνιση μιας ελαφριάς καρδιακής υπερτροφίας που οφείλεται σε αυξημένο όγκο του κυκλοφορούντος αίματος. Στη συνέχεια έχουμε μετατόπιση του διαφράγματος προς τα επάνω λόγω αύξησης και ανύψωσης της μήτρας γεγονός που οδηγεί σε ανύψωση της καρδιάς και στρέφεται προς τα αριστερά. Ο βαθμός μετατόπισής της σχετίζεται με το μέγεθος της μήτρας, την θέση της καθώς και την αντίστοιχη εβδομάδα της κύησης (Cunninghammetal et al., 2005). Στην διάρκεια της 14ης και 20ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης παρατηρείται αύξηση του σφυγμού κατά 10 με 15 παλμούς/λεπτό οι οποίοι εμμένουν μέχρι και το τέλος της κύησης. Επίσης επηρεάζεται και η αρτηριακή πίεση με την συστολική να παραμένει σε φυσιολογικά σταθερά επίπεδα όπως προ κύησης ενώ η διαστολική μειώνεται από το πρώτο τρίμηνο μέχρι και την 24η ή 32η εβδομάδα και μετά το τέλος του τοκετού επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα (Blackburn, 2007).

Στο αναπνευστικό σύστημα τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη οδηγούν σε χάλαση των μυών του θωρακικού κλωβού έτσι ώστε να μπορεί να εκπτυχθεί περαιτέρω στην διάρκεια της κύησης. Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη έτσι ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες της μητέρας σε οξυγόνο (Cunninghametal et al., 2005). Ακόμα η ανύψωση του διαφράγματος που συμβαίνει στην διάρκεια της εγκυμοσύνης μετατρέπει την θωρακική αναπνοή σε κοιλιακή στην οποία συμμετέχει λιγότερο το διάφραγμα και περισσότερο οι μεσοπλεύριοι μύες. Ενώ η πνευμονική λειτουργία γίνεται αρκετά ευαίσθητη στο διοξείδιο του άνθρακα γεγονός που οφείλεται στις δράσεις των ορμονών της εγκυμοσύνης (Lowdermilk et al., 2013).

Στο ουροποιητικό σύστημα η συχνουρία αρχικά εμφανίζεται λόγω ευαισθησίας της κύστης στις ορμόνες της εγκυμοσύνης και αργότερα οφείλεται σε πιεστικά φαινόμενα λόγω αύξησης της μήτρας σε μέγεθος με την ανάπτυξη του εμβρύου. Στην διάρκεια του δεύτερου τριμήνου η μήτρα βγαίνει από την μικρή πύελο και εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα. Κατά το τελευταίο τρίμηνο προκαλείται μετατόπιση προς τα δεξιά των ουρητήρων λόγω αύξησης μεγέθους της μήτρας που μετατοπίζεται από το σιγμοειδές κόλον με αποτέλεσμα διαστολή των ουρητήρων και μεγαλύτερο όγκο ούρων που εξέρχονται όμως σταδιακά (Lowdermilk et al., 2013).

Στο γαστρεντερικό σύστημα αρχικά έχουμε μεταβολές στην όρεξη η οποία είτε αυξάνεται , είτε μειώνεται καθώς και περιπτώσεις ναυτίας και εμέτων τα οποία επεισόδια μπορεί και να απουσιάζουν. Επεισόδια ναυτίας και εμέτων είναι πιο συχνά στην διάρκεια του πρώτου τριμήνου γύρω στην 4η με 6η εβδομάδα της κύησης, ενώ προς το δεύτερο τρίμηνο η όρεξη της γυναίκας αυξάνεται λόγω αύξησης των μεταβολικών αναγκών. Άλλες γυναίκες υπάρχει περίπτωση να έχουν μεταβολή στην αίσθηση της γεύσης με αποτέλεσμα να προκαλούνται επιθυμίες για συγκεκριμένες τροφές (Gordon, 2007). Επίσης υπάρχει μειωμένη παραγωγή υδροχλωρικού οξέος λόγω αυξημένης παραγωγής οιστρογόνων, ενώ η παραγωγή προγεστερόνης προκαλεί οισοφαγική παλινδρόμηση και αύξηση της κένωσης του στομάχου με αποτέλεσμα να προκαλούνται καούρες και όξινες ερυγές στο πρώτο κιάλας τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ακόμα, συχνά προκαλείται δυσκοιλιότητα λόγω της διάτασης της μήτρας και της συμπίεσης του εντέρου (Carpell, 2007).

Στο μυοσκελετικό σύστημα όσο προχωράει η κύηση επέρχονται βασικές αλλαγές που αφορούν την στάση του σώματος. Το κέντρο βάρους της γυναίκας μετατοπίζεται προς τα μπροστά και ταυτόχρονα προκαλείται λόρδωση προκειμένου να μπορέσει να ισοροπήσει. Έχουμε αλλαγές στο περπάτημα με χαρακτηριστική κίνηση των γοφών (Cunninghametal et al., 2005), ενώ γενικότερα προκαλείται χάλαση και διάταση των μυών του κοιλιακού τοιχώματος, οι οποίοι μετά τον τοκετό επανέρχονται μέχρι έναν βαθμό (Lowdermilk et al., 2013).

Σε ότι αφορά στο νευρικό σύστημα οι αλλαγές σχετίζονται κυρίως με αλλαγές στο σύστημα υποθαλάμου-υπόφυσης. Αρχικά η αύξηση της μήτρας σε μέγεθος ασκεί πίεση στα νεύρα της πυέλου με αποτέλεσμα να εμφανίζονται μουδιάσματα στα κάτω άκρα. Στη συνέχεια μπορεί να προκληθεί ζάλη, λιποθυμία ή τάση λιποθυμίας η οποία είναι πολύ συχνό σύμπτωμα στις αρχές της εγκυμοσύνης και ακροαισθησία που οφείλεται στην στάση του σώματος της γυναίκας η οποία είναι κυρτή (Lowdermilk et al., 2013).

Το πιο σημαντικό σύστημα είναι το ενδοκρινικό. Στην αρχή της κύησης παρά το γεγονός ότι υπάρχει αμηνόρροια λόγω παραγωγής οιστρογόνων και προγεστερόνης που οδηγούν σε ύφεση και όχι ανάπτυξη του ωχρού σωματίου και της ωοθυλακορηξίας μπορεί να υπάρχει μια σταγονοειδής αιμορραγία. Η κυριότερη ορμόνη που παράγεται είναι η προγεστερόνη η οποία είναι απαραίτητη για την ομαλή ανάπτυξη και εξέλιξη της κύησης, διότι είναι υπεύθυνη για την χάλαση των λείων μυϊκών ινών της μήτρας και συνεπώς μειώνει την συστατικότητα της προλαμβάνοντας αυτόματες εκτρώσεις. Επίσης τα παραγόμενα οιστρογόνα και προγεστερόνη συμβάλλουν στην εναπόθεση λίπους σε διάφορα σημεία του σώματος της γυναίκας τα οποία είναι απαραίτητα για την διάρκεια της γαλουχίας και χρησιμοποιούνται και ως ενεργειακό απόθεμα (Gordon, 2007). Τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για την διόγκωση των μαστών και των γεννητικών οργάνων καθώς και της αγγειοδιαστολής των αγγείων, ενώ δρουν και στο στομάχι μειώνοντας το υδροχλωρικό οξύ και την έκκριση της πεψίνης προκαλώντας ναυτίες. Η προλακτίνη από την άλλη πλευρά εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και αυξάνεται σταθερά από το πρώτο τρίμηνο μέχρι και το τελευταίο. Η ορμόνη αυτή είναι υπεύθυνη για την περίοδο γαλουχίας μετά τον τοκετό αφού στοχεύει στους μαστούς για την παραγωγή γάλακτος. Ωστόσο, δεσμεύεται από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη πριν τον τοκετό αναστέλλοντας με αυτό τον τρόπο την παραγωγή γάλακτος (Gordon, 2007). Η ωκυτοκίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η ορμόνη αυτή είναι υπεύθυνη για την ποσότητα γάλακτος που απελευθερώνεται όταν θηλάζει το νεογνό, ενώ είναι υπεύθυνη και για την διέγερση των συστολών της μήτρας που συμβαίνουν κατά την διάρκεια του τοκετού, γεγονός που αποφεύγεται λόγω της δέσμευσης της ορμόνης από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη). Η ανθρώπινη χοριακή σωματομαστροτροπίνη (hCS), αποτελεί την αυξητική ορμόνη του εμβρύου και συμβάλλει και στην μεγέθυνση των μαστών στην διάρκεια της εγκυμοσύνης (Burtonetal, 2007).

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο δέρμα αφορούν κυρίως την χάλαση των μυών η οποία σε συνδυασμό με την διάταση του δέρματος οδηγούν σε ραβδώσεις εντοπισμένες στην κοιλιακή χώρα συνήθως, ή σε περιοχές με την μεγαλύτερη διάταση όπως οι μηροί και οι μαστοί. Μετά τον τοκετό αρχίζουν να εξασθενούν όμως δεν εξαφανίζονται τελείως (Blackburn, 2007).

Στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρατηρείται μετρίου μεγέθους μεγέθυνση του θυρεοειδούς αδένος, λόγω αύξησης της αιματικής ροής σε όλα τα σωματικά συστήματα της γυναίκας. Με βάση την μεγέθυνση αυτή παρατηρείται και αυξημένη παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών. Η παραγωγή των οιστρογόνων προκαλεί αύξηση της θυροξίνης η οποία ξεκινάει από την 20η εβδομάδα και τα ολικά επίπεδα της θυροξίνης (T4) σταθεροποιούνται μεταξύ της 6ης και 9ης εβδομάδας. Παρά την αυξημένη παραγωγή των ορμονών του θυρεοειδικού αδένος δεν παρατηρούνται σημάδια υπερθυρεοειδισμού στην γυναίκα που κυοφορεί (Cunninghametal et al., 2005).

Αύξηση όμως παρατηρείται και στην έκκριση των παραθυρεοειδικών ορμονών που ελέγχουν το μεταβολισμό μαγνησίου και ασβεστίου στον οργανισμό. Η αύξηση αυτή είναι εντοπισμένη κυρίως κατά την διάρκεια της 15ης και 35ης εβδομάδας όταν λαμβάνει μέρος η σκελετική ανάπτυξη του εμβρύου. Ενώ μετά τον τοκετό οι παραθυρεοειδικές ορμόνες πέφτουν και επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα (Lowdermilk et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αιμορραγία στην εγκυμοσύνη ορίζεται ως η κολπική αιμορραγία πριν από συμπλήρωση δώδεκα πλήρων εβδομάδων της κύησης (Lykke et al., 2010). Ενώ η αιμορραγία πριν τον τοκετό ορίζεται ως αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα μετά από την συμπλήρωση εικοσιτεσσάρων εβδομάδων κύησης (Walfish et al., 2009).

3.1 ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Ως αυτόματη έκτρωση ονομάζεται η απώλεια της κύησης πριν από την 20η εβδομάδα της κύησης. Η 20η εβδομάδα θεωρητικά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το όριο βιωσιμότητας. Οι αυτόματες εκτρώσεις διακρίνονται σε επαπειλούμενη έκτρωση στην οποία υπάρχει ήπια αιμορραγία από τον κόλπο, σε αναπόφευκτη έκτρωση στην οποία έχουμε μέτριου βαθμού αιμορραγία, στην ατελή έκτρωση που περιλαμβάνει ακατάσχετη και έντονη αιμορραγία, στην πλήρη ή τέλεια έκτρωση με χαρακτηριστική ελαφριά αιμορραγία και τέλος την παλίνδρομη έκτρωση (Lowdermilk et al., 2013).

3.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κύριο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία ανάλογα με το είδος της αυτόματης έκτρωσης. Σε μια επαπειλούμενη αποβολή έχουμε ήπιες συστολές μήτρας και ήπια αιμορραγία με την μορφή σταγόνων. Στην αναπόφευκτη αποβολή έχουμε μέτριου βαθμού αιμορραγία και ήπιες έως και πολύ έντονες συστολές της μήτρας, ενώ σε ατελή αποβολή έχουμε σοβαρού βαθμού αιμόρροια και πολύ έντονες συστολές της μήτρας. Επίσης, στην πλήρη ή τελεία έκτρωση συνυπάρχουν ήπιες συστολές της μήτρας μαζί με ελαφρά αιμόρροια. Ωστόσο μπορεί να υπάρξει και η παλίνδρομη έκτρωση στην οποία δεν συνυπάρχει ούτε πόνος, αλλά ούτε και αιμορραγία (Lowdermilk et al., 2013).

3.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση σε τέτοιου είδους περιπτώσεις βασίζεται στα συμπτώματα. Σε πρώτου τριμήνου κυήσεις με αιμορραγία και πόνο υποψιαζόμαστε αποβολή μέχρι να έχουμε μια διαφορική διάγνωση (Lowdermilk et al., 2013).

3.1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην θεραπεία περιλαμβάνονται η συνεχής καταγραφή των επιπέδων της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) η οποία μας δείχνει εάν η κύηση μπορεί να είναι βιώσιμη, και στην συνέχεια ανάλογα με το είδος της έκτρωσης χορηγούνται μισοπροστόλη, προσταγλανδίνες ακόμα και ωκυτοκίνη για να βοηθηθεί η έξοδος υπολειπόμενων προϊόντων της κύησης. Επίσης η θεραπευτική απόξεση χρησιμοποιείται ως θεραπεία εκλογής για τον καθαρισμό της μήτρας από τα προϊόντα που δεν έχουν διέλθει. (Lowdermilk et al., 2013).

3.2 ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Η έκτοπη κύηση είναι μια κατάσταση στην οποία ένα γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται έξω από την κοιλότητα της μήτρας. Σπανιότερες θέσεις εμφύτευσης του ωαρίου είναι η κοιλιακή κοιλότητα, ενώ συχνότερες είναι η ωθήκη και ο τράχηλος. Περισσότερες από τις μισές σαλπιγγικές κυήσεις εντοπίζονται στη λήκυθο που είναι το μεγαλύτερο τμήμα της σάλπιγγας. Η έκτοπη κύηση ταξινομείται ανάλογα με την θέση της εμφύτευσης σε σαλπιγγική, ωθητική ή κοιλιακή (Lowdermilk et al., 2013). Οι εξωσαλπιγγικές και οι εξωμήτριες κυήσεις εμφανίζονται συνήθως σπάνια και σε πολύ μικρό ποσοστό (Taran et al., 2015). Τέτοιου είδους κυήσεις σχετίζονται με εξωσωματικές γονιμοποιήσεις και με μεγάλο βαθμού νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω της εμφύτευσης της βλαστοκύστης στις σάλπιγγες και την πρόκληση ρήξης τους (Refaat et al., 2015). Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της άρρηκτης έκτοπης κύησης είναι η αιμορραγία του πρώτου τριμήνου και το κοιλιακό άλγος (Barash et al., 2014).

3.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην έκτοπη κύηση, το μεγαλύτερο ποσοστό των βλαστοκυστών βρίσκονται μέσα στην σάλπιγγα. Από αυτές, το 13% είναι ισθμιακές, το 75% ληκυθιακές και το 12% εντοπίζονται στο κροσσωτό άκρο. Η τριάδα συμπτωμάτων πόνου, κοιλιακής αιμορραγίας και αμηνόρροιας είχαν ιστορικά χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση της έκτοπης κύησης. Ο κοιλιακός πόνος ή πυελικός, μπορεί συχνά να απουσιάζει ή να εμφανιστεί αργότερα. Λιγότερο κοινά χαρακτηριστικά των έκτοπων κυήσεων περιλαμβάνουν ναυτία, έμετο και διάρροια (Kirk et al., 2013). Άλλα συμπτώματα που μπορεί να συνοδεύουν μια έκτοπη κύηση περιλαμβάνουν κάποια συμπτώματα ζάλης ή συγκοπής, ορθοστατική υπόταση, καθώς και πόνο στον ώμο, ευαισθησία στον τράχηλο και διεύρυνση μήτρας. Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί κοιλιακή διάταση και κοιλιακή ευαισθησία (NICE guidelines, 2012).

3.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα σημάδια που οδηγούν σε διάγνωση της έκτοπης κύησης αφορούν εκτός από την μήτρα και την κοιλιακή κοιλότητα. Τα σημάδια εκείνα που αποτελούν τον οδηγό για να ξεκινήσει η διερεύνηση μιας πιθανής έκτοπης κύησης, αφορούν αρχικά ένα θετικό τεστ κύησης δηλαδή έλεγχο της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) και στην συνέχεια διερευνάται οποιαδήποτε ευαισθησία στην κοιλιακή κοιλότητα, καθώς είναι πιθανή η ύπαρξη ενδοκοιλιακής αιμορραγίας ενώ στη συνέχεια εξετάζεται ο κόλπος για την ύπαρξη ευαισθησίας ή πόνου (NICE guidelines, 2012). Αν η διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη από την κλινική εξέταση, τα κριτήρια λαμβάνονται υπόψη στην διάγνωση βασίζονται σε διακολπικό υπερηχογράφημα και μέτρηση των επιπέδων β-hCG έτσι ώστε να γίνει μια διαφορική διάγνωση σε πρώτου τριμήνου αιμορραγία (Fontaine et al.,2007). Το διακολπικό υπερηχογράφημα (TVS) είναι το κύριο διαγνωστικό εργαλείο για κλινικά σταθερά γυναίκες με υποψία έκτοπης κύησης και αποτελεί αξιόλογο τρόπο διάγνωσης (Kirk et al., 2013). Η διάγνωση γίνεται συνήθως μεταξύ της 6ης και 9ης εβδομάδας της κύησης (Taranetal, 2015). Σε υποψία έκτοπης κύησης πρέπει να γίνεται συχνά υπερηχογράφημα και στενή παρακολούθηση της γυναίκας όσο και μέτρηση της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) για διαπίστωση οποιασδήποτε αλλαγής (Refaat et al., 2015).

3.2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά την οριστική διάγνωση η θεραπεία επιλογής για την έκτοπη κύηση περιλαμβάνει θεραπεία με ανοιχτή ή λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση ή συντηρητική αντιμετώπιση με μεθοτρεξάτη (Barash et al., 2014). Η χειρουργική επέμβαση για την έκτοπη κύηση αφορά και τις σάλπιγγες στις οποίες ακολουθείται είτε σαλπιγγεκτομή, είτε σαλπιγγοστομία. Μπορεί να γίνει λαπαροσκοπικά ή με την κλασική ανοιχτή χειρουργική επέμβαση (NICE guidelines, 2012). Άμεση χειρουργική επέμβαση απαιτείται εάν υπάρχει οποιαδήποτε υποψία για ρήξη των σαλπίγγων (Barash et al., 2014). Σύμφωνα με έρευνες οι γυναίκες με έκτοπη κύηση που ακολούθησαν ιατρική θεραπεία αποκατάστασης με χορήγηση μεθοτρεξάτης απαιτούσαν περισσότερο χρόνο σε ότι αφορά την αποκατάστασή τους σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με χειρουργική επέμβαση. Ακόμα συστήνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής η ιατρική αντιμετώπιση με χορήγηση μεθοτρεξάτης σε έκτοπες κυήσεις χωρίς εμβρυικό καρδιακό παλμό, χωρίς την ύπαρξη κάποιου επεισοδίου έντονου και εμμένοντα πόνου και με διάγνωση κάποιας μάζας μικρότερης από 35 εκ. και επίπεδα hCG ορού λιγότερη από 1500 IU / λίτρο, ενώ σε έκτοπες κυήσεις διαγνωσμένες με υπερηχογράφημα, με διαπιστωμένο εμβρυικό παλμό και μέγεθος μεγαλύτερο από 35 εκ. και hCG ορού περισσότερη από 5000 IU / λίτρο, συνίσταται

χειρουργική αντιμετώπιση ως θεραπεία πρώτης γραμμής (NICE Clinical Guidelines, 2012).

3.3 ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

Τα ινομυώματα αποτελούν καλοήθεις όγκους που αναπτύσσονται σε διάφορα σημεία της μήτρας και του γεννητικού συστήματος (Moroni et al., 2014). Η ύπαρξη των ινομυωμάτων είναι σπάνια πριν την έναρξη της εμμήνου ρήσεως ενώ μετά την εμμηνόπαυση τα ινομυώματα υποχωρούν (Zimmermann et al., 2012). Τα ινομυώματα που αναπτύσσονται στην μήτρα με βάση μελέτες φαίνεται να σχετίζονται με την δράση των οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα πιο συγκεκριμένα διεγείρουν την ανάπτυξή τους (Ciavattinietal, 2013). Τα ινομυώματα που εμφανίζονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν συχνό εύρημα στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, και αποτελούν καλοήθεις όγκους των λείων μυϊκών κυττάρων και εμφανίζονται στην μήτρα, έχουν συχνή εμφάνιση σε ποσοστό 40% έως 60% (Lee et al., 2010). Τα περισσότερα ινομυώματα δεν παρουσιάζουν σημαντική μεταβολή του όγκου τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αν και εκείνα τα ινομυώματα που αυξάνουν σε μέγεθος τείνουν να το πράξουν κυρίως κατά το πρώτο τρίμηνο (Ouyang et al., 2006). Οι αλλαγές συνήθως αφορούν την αύξηση του ινομυώματος η οποία συμβαίνει κυρίως στις πρώτες δέκα εβδομάδες της κύησης, ενώ περαιτέρω αύξηση στο δεύτερο ή στο τρίτο τρίμηνο είναι σπάνια (Lee et al., 2010). Αν και οι περισσότερες εγκυμοσύνες δεν επηρεάζονται από την παρουσία των ινομυωμάτων της μήτρας, μεγάλα υποβλεννογόνια φαίνεται να προσδίδουν μεγαλύτερο κίνδυνο για επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου του πόνου (εκφύλιση), κολπική αιμορραγία, αποκόλληση του πλακούντα και πρόωρο τοκετό (Ouyang et al., 2006). Τα ινομυώματα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέονται με αυθόρμητες αποβολές, αποκόλληση του πλακούντα, ανώμαλη προβολή του εμβρύου, πρόωρο τοκετό, δυστοκία, καισαρική τομή καθώς και αιμορραγία πριν αλλά και μετά τον τοκετό (Lee et al., 2010).

3.3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα ινομυώματα της μήτρας μπορεί να είναι ασυμπτωματικά, αυτό εξαρτάται από το μέγεθος, την εντόπιση, την εκφύλιση, τη συστροφή και τη συνύπαρξη φλεγμονής ή απουσία αυτής στο ενδομήτριο. Τα κύρια συμπτώματα που εντοπίζονται είναι κυρίως αίσθημα βάρους στο υπογάστριο, αιμορραγίες που μπορεί να είναι και έντονες ανάλογα με τον τύπο του ινομυώματος, πόνος, κολπική παθολογική υπερέκκριση και πιεστικά ενοχλήματα της ουροδόχου κύστεως όταν είναι μεγάλα τα ινομυώματα (>5 εκ.) (Κανάρης, 2014). Ανάλογα με την εντόπιση μπορεί να παρουσιαστεί δυσκοιλιότητα, επιτακτική ούρηση

και συχνουρία (Lemone et al., 2014). Επίσης στα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται και η δυσμηνόρροια, η καταμήνια αιμορραγία και μπορεί να εντοπιστούν και διαταραχές του εντέρου (Ciavattinietal, 2013). Ένα από τα συχνότερα συμπτώματα των ινομυωμάτων αποτελεί ο πόνος ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί πιο έντονα στην διάρκεια του δεύτερου και τρίτου τριμήνου της κύησης, γεγονός που οφείλεται σε πιεστικά φαινόμενα λόγω αύξησης της μήτρας σε μέγεθος. Τα περιστατικά εκείνα που αναφέρονται σε αποβολή που σχετίζεται με τα ινομυώματα της μήτρας φαίνεται ότι αποτελούν οι περιπτώσεις εκείνες, που το ινομύωμα εντοπίστηκε στο σώμα της μήτρας, ενώ υπεύθυνα θεωρήθηκαν και τα υποβλεννογόνια και τειχιακά ινομυώματα (Lee et al., 2010).

3.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται πρώτα στην αμφίχειρη εξέταση κατά την οποία ή μήτρα διαπιστώνεται ότι είναι μεγαλύτερη σε μέγεθος και σκληρότερη. Όταν η μήτρα είναι συμμετρική τότε έχουμε υποβλεννογόνια ή τοιχωματικά ινομυώματα, ενώ εάν η μήτρα έχει ανώμαλη κορυφή τότε έχουμε την ύπαρξη υποορρογόνιων ινομυωμάτων (Κανάρης, 2014). Ενώ γίνεται και υστεροσκόπηση με σκοπό την απεικόνιση ινομυωμάτων της μήτρας και την καταγραφή της θέσης, του μεγέθους και τον βαθμό επικινδυνότητάς του για αιμορραγία που μπορεί να επηρεάσει την κύηση (Mettler et al., 2012).

3.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα εντοπισμένα συμπτώματα που προέρχονται από τα ινομυώματα μπορούν να ελεγχθούν με συντηρητική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει παραμονή στο κρεβάτι, καλή ενυδάτωση, και τέλος χορήγηση αναλγητικών. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση με ινομυωματαεκτομή σε σπάνιες περιπτώσεις (Lee et al., 2010). Σε περίπτωση μεγάλων ινομυωμάτων που προκαλούν αιμορραγία τότε απαιτείται λαπαροσκοπική ινομυωματαεκτομή η οποία αποτελεί την πιο ασφαλή μέθοδο που επιτρέπει στην γυναίκα τον κοιλιακό τοκετό (Mettler et al., 2012). Επίσης στην χειρουργική αντιμετώπιση των ινομυωμάτων συγκαταλέγονται η υστερεκτομή. Οι χειρουργική αντιμετώπιση αφορά την σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Zimmermann et al., 2012). Άλλες τεχνικές αντιμετώπισης των ινομυωμάτων αποτελούν οι φαρμακευτικές μέθοδοι οι οποίες περιλαμβάνουν την χορήγηση γοναδοτροπίνης που απελευθερώνει την ορμόνη GnRH, την μίφεπριστόνη που είναι πιο αποτελεσματική στην μείωση της αιμορραγίας. Και τον υποδοχέα προγεστερόνης (SPRMs) (Lee et al., 2010). Ακόμα χρησιμοποιούνται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και

αντιπρωδολυτικά φάρμακα ως συμπτωματική και εναλλακτική πηγή θεραπείας, σε περιπτώσεις αιμορραγικών επεισοδίων (Mettler et al., 2012).

3.4 ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η τροφοβλαστική νόσος ή μύλη κύηση όπως ονομάζεται και αλλιώς, αποτελεί μια παθολογική κατάσταση γονιμοποίησης στην οποία έχουμε εντοπισμένη ανάπτυξη όγκων. Σε αυτού του είδους τις κύσεις η παθογένεια φαίνεται να αφορά παθολογική ανάπτυξη των εμβρυικών ιστών και όχι των μητρικών ιστών στην διάρκεια της κύησης (Ιατράκης, 2015). Σε τροφοβλαστικές κυήσεις το έμβρυο μπορεί να επιβιώσει μέχρι και τις αρχές του δεύτερου τριμήνου (Dhanda et al., 2014). Η τροφοβλαστική νόσος περιλαμβάνει την υδατιδώδη ή μύλη κύηση και την τροφοβλαστική νεοπλασία. Στην υδατιδώδη μύλη έχουμε μια καλοήγη υπερπλασία της πλακουντιακής τροφοβλάστης κατά την οποία οι χοριακές λάχνες αναπτύσσονται σε οίδηματώδη, κυστικά, μη αγγειούμενα κυστίδια τα οποία “κρέμονται” σε αθροίσεις όπως το τσαμπί του σταφυλιού (Lowdermilk et al., 2013). Η υδατιδώδης μύλη αποτελεί την πιο συχνή περίπτωση μύλης κύησης με ποσοστό εμφάνισης στο 80- 90 % των περιπτώσεων (Ιατράκης, 2015). Ταξινομείται σε πλήρη ή μερική. Η πλήρης μύλη κύηση οφειλόμενη σε γονιμοποίηση του ωαρίου στο οποίο έχει εξαφανιστεί ο πυρήνας ή είναι πιο συχνή από την μερική μύλη κύηση (Dhanda et al., 2014), σε αυτήν έχουμε διπλασιασμό του πυρήνα του σπερματοζωαρίου με αποτέλεσμα να δημιουργείται μύλη που μοιάζει με το τσαμπί λευκού σταφυλιού. Σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει έμβρυο, πλακούντας, αμνιακοί υμένες ή υγρό, για αυτό τον λόγο εμφανίζεται αιμορραγία στην κοιλότητα της μήτρας και στην κολπική κοιλότητα. Στην περίπτωση της μερικής μύλης έχουμε γονιμοποίηση του ωαρίου από δύο σπερματοζωάρια και ανιχνεύονται εμβρυονικά στοιχεία ή μέλη του εμβρύου και αμνιακός σάκος. Η τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης από την άλλη αποτελεί μια κακοήγη νόσο που αφορά τον εμμένοντα τροφοβλαστικό ιστό ο οποίος θεωρείται επίσης κακοήθης (Lowdermilk et al., 2013). Υπάρχει περίπτωση να ανιχνευθεί και καρδιακή δραστηριότητα του εμβρύου, όμως υπάρχει μεγάλο ποσοστό ενδομήτριας θνησιμότητας (Ιατράκης, 2015).

3.4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα αφορά αρχικά την κλινική εξέταση και το ιστορικό (Dhanda et al., 2014). Φαίνεται ότι ένα ιστορικό προηγούμενης αυτόματης αποβολής και μια προηγούμενη μύλη κύηση αποτελούν παράγοντες που προδιαθέτουν την επανεμφάνισή της και σε επόμενη εγκυμοσύνη (Riadh et al., 2009). Επίσης στα κλινικά σημεία μπορεί να υπάρχει ασυνήθιστα διευρυμένη μήτρα και ακανόνιστη κολπική αιμορραγία, ναυτία και εμετός, και οι εξετάσεις δείχνουν

μεγάλη διακύμανση στα επίπεδα της β- χοριακής γοναδοτροπίνης (β -hCG) (Dhanda et al., 2014), καθώς και κοιλιακή διάταση (Riadh et al., 2009). Επίσης στα τυπικά συμπτώματα ανήκει και η υπέρταση της εγκυμοσύνης η οποία εμφανίζεται στο πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Eskicioglu et al., 2015). Τα κλινικά σημεία εκείνα που σχετίζονται άμεσα με μια διαγνωσμένη μύλη κύηση και αποτελούν ενδείξεις για θεραπεία είναι η κολπική αιμορραγία και η τα εμμένοντα αυξημένα επίπεδα της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) (Khan et al., 2003).

3.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με την βοήθεια διακολπικού υπερηχογραφήματος που αποτελεί αξιόπιστη εξέταση και των επιπέδων β-hCG στον ορό της γυναίκας που παραμένουν αυξημένα (Lowdermilk et al., 2013). Η υπερηχογραφηματική εκτίμηση στο πρώτο τρίμηνο της κύησης αποτελεί έναν επιτρεπτό τρόπο έγκαιρης διάγνωσης της μύλης κύησης και επιτρέπει τον γρήγορο και ασφαλή σχεδιασμό της πιο κατάλληλης θεραπείας, καθώς και την εντατική παρακολούθηση της γυναίκας. Η μέση ηλικία διάγνωσης της μύλης κύησης είναι περίπου στις 13 εβδομάδες. Μαζί με την υπερηχογραφική εκτίμηση, γίνεται και μια ακτινογραφία θώρακος έτσι ώστε να διαπιστωθούν τυχόν μεταστάσεις (Riadh et al., 2009). Η έγκαιρη διάγνωση της τροφοβλαστικής κύησης αποτελεί έναν από τους παράγοντες πρόληψης της υπογονιμότητας και την καλύτερη διαχείριση της κατάστασης (Dhanda et al., 2014).

3.4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κύηση τροφοβλαστικής νόσου χαρακτηρίζεται από άμορφου τύπου υλικό πληρώσεως της μήτρας και παρουσιάζεται σε ασθενείς στο πρώτο τρίμηνο. Έγκαιρη χειρουργική εκκένωση απαιτείται με στενή παρακολούθηση (Fontaine et al., 2007). Η αναρροφητική απόξεση αποτελεί ταχεία και ασφαλή αποτελεσματική μέθοδο κένωσης της υδατιδώδους μύλης κύησης (Lowdermilk et al., 2013). Οι ενδείξεις εκείνες που θα καθορίσουν την συνέχεια της θεραπείας μετά από μύλη κύηση λαμβάνονται υπόψη ανάλογα με την μορφή της. Η παρουσία βαριάς αιμορραγίας και η αυξημένη τιμή της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) σε διάστημα 2 έως 4 εβδομάδων από την επέμβαση εκκένωσης της μήτρας, είναι παράγοντες που δείχνουν τον βαθμό κακοήθειας της τροφοβλαστικής νόσου. Η θεραπεία η οποία συνίσταται σε αυτή την περίπτωση είναι η χημειοθεραπεία και σε αυτήν δίνονται διάφορα σχήματα φαρμάκων συνδυασμένα όπως η μεθοτρεξάτη η οποία αποτελεί θεραπεία πρώτης επιλογής μαζί με φολινικό οξύ (Lumsden et al., 2012), και στην συνέχεια γίνεται εναλλαγή με δακτινομυκίνη και ετοποσίδη (Khan et al., 2003). Η χειρουργική επέμβαση της μύλης κύησης αποτελεί

κομμάτι της θεραπείας που στοχεύει κυρίως στον περιορισμό της αιμορραγίας και την στενή παρακολούθηση μετά την επέμβαση για τυχόν επιπλοκές. Η επεμβάσεις περιλαμβάνουν είτε υστερεκτομή, σε βαριάς μορφής κακοήθεια, είτε εμβολισμό της μητρικής αρτηρίας εκτός από την εκκένωση της μήτρας. Επομένως μια χειρουργική επέμβαση θα συμβεί σίγουρα σε γυναίκες με τροφοβλαστική νόσο ως μέρος της θεραπείας για την πλήρη αφαίρεση της νόσου και την θεραπεία των επιπλοκών (Eoh et al., 2015).

3.5 ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Προδρομικός πλακούντας εμφανίζεται όταν ο πλακούντας εμφυτεύεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, πάνω ή κοντά στο έσω τραχηλικό στόμιο. Πλήρης ή ολικός προδρομικός πλακούντας (επιπωματικός) ορίζεται ως ο πλακούντας που καλύπτει πλήρως το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, ο ελλειπής προδρομικός πλακούντας καλείται ο οριακά προδρομικός πλακούντας που εντοπίζεται δίπλα στο έσω τραχηλικό στόμιο και μερικός προδρομικός πλακούντας (επιχειλίσκος), καλύπτει μερικώς το έσω τραχηλικό στόμιο (Sekiguchi et al., 2013). Ενώ όταν η ακριβής θέση του πλακούντα δεν είναι πλήρως εξακριβωμένη, ή στην περίπτωση που εμφανίζεται κατά την διάρκεια του δεύτερου τριμήνου προδρομικός πλακούντας τότε ονομάζεται χαμηλή πρόσφυση (Lowdermilk et al., 2013). Το κλασσικό σημάδι του προδρομικού πλακούντα είναι η ανώδυνη κοιλιακή αιμορραγία κατά τη διάρκεια του δεύτερου ή τρίτου τριμήνου. Η αρχική αιμορραγία είναι συχνά ήπια (Walfish et al., 2009). Ωστόσο υπάρχουν και παράγοντες που συνδέονται με την ύπαρξη προδρομικού πλακούντα ή την δημιουργία του στην πορεία της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία της μητέρας, τον αριθμό προηγούμενων κυήσεων και την ύπαρξη αμβλώσεων (Dong et al., 2011). Μάλιστα υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης αποκόλλησης έχουν οι γυναίκες εκείνες με προηγούμενο ιστορικό καισαρικών τομών. Ενώ διερευνήθηκε και η σχέση του προδρομικού πλακούντα όταν βρίσκεται κάτω από το σημείο τομής της μήτρας από προηγούμενη καισαρική τομή γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας (Jang et al., 2011).

3.5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στον προδρομικό πλακούντα το κύριο χαρακτηριστικό είναι η αιμορραγία η οποία όμως δεν συνοδεύεται από άλγος. Συνήθως εμφανίζεται στο τέλος του δεύτερου τριμήνου. Η αιμορραγία μπορεί να σταματήσει και να επανεμφανιστεί μετά από ημέρες ή από εβδομάδες (Μπόντης, 2007). Η αρχική αιμορραγία είναι συνήθως μικρή, ανώδυνη και με εμφάνιση ζωηρού ερυθρού χρώματος (Lowdermilk et al., 2013). Ένας πλακούντας χαμηλής πρόσφυσης μπορεί να σχετίζεται με αιμορραγία προ του τοκετού και μπορεί

να αποτελεί ένδειξη για καισαρική τομή, αν επιμένει στο τρίτο τρίμηνο (Heller et al., 2014). Η περίπτωση της μαζικής αιμορραγίας συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου ο πλακούντας συναντάται στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας (Jang et al., 2011). Μια μορφή που σχετίζεται με προηγούμενο προδρομικό πλακούντα είναι ο πλακούντας accreta ο οποίος μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνη μαζική αιμορραγία στην διάρκεια της κύησης (Garmi & Salim, 2012). Πλακούντα accreta συμβαίνει όταν οι χοριακών λαχνών εισβάλλουν στο μυομήτριο (Garmi & Salim, 2012). Μετά το πέρας της 30ης εβδομάδας, με την έναρξη των συστολών και όσο φτάνει η ώρα του τοκετού η αποκόλληση μπορεί να γίνει μεγαλύτερη και η αιμορραγία εντονότερη (Ιατράκης, 2015).

3.5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο προδρομικός πλακούντας είναι ένα κοινό τυχαίο εύρημα στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης το οποίο διαγιγνώσκεται με υπερηχογράφημα και θα πρέπει να επιβεβαιωθεί κατά το τρίτο τρίμηνο. Για την διάγνωση είναι πιθανό να γίνει χρήση μαγνητικής τομογραφίας της πυέλου, που μπορεί να βοηθήσει στην επιβεβαίωση του εν τω βάθει πλακούντα και να προσδιορίσει τη συμμετοχή των οργάνων που σχετίζονται με αυτόν, καθώς και την θέση του πλακούντα. (Fontaine et al., 2007). Έγχρωμο Doppler απεικόνισης, συνιστάται για να εκτιμηθεί η εσωτερική επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας και για διάγνωση ή αποκλεισμό πλακούντα Vasa previa, καθώς και να αναγνωρισθεί η εισαγωγή του ομφάλιου λώρου στον πλακούντα. Η διάγνωση αυτή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε διακοιλιακή υπερηχογραφική εκτίμηση του πλακούντα κατά το δεύτερο τρίμηνο, με κάποιες περιπτώσεις να υποβάλλονται σε διακολπική αξιολόγηση του τραχήλου και του πλακούντα εκείνη τη στιγμή (Heller et al., 2014). Η διάγνωση του πλακούντα accreta μπορεί να γίνει με μαγνητική τομογραφία εκτός από τον υπέρηχο (Garmi & Salim, 2012).

3.5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα κορτικοστεροειδή θα πρέπει να χορηγούνται σε γυναίκες που έχουν αιμορραγία λόγω προδρομικού πλακούντα στην κύηση μεταξύ της 24ης έως και 34ης εβδομάδας (Fontaine et al., 2007). Στόχος της συντηρητικής αντιμετώπισης είναι η ωρίμαση του εμβρύου. Γίνεται παρακολούθηση του εμβρύου με καρδιοτοκογράφο, καθώς και παρακολούθηση της μητέρας για συστολές της μήτρας και πρόωρο τοκετό. Σε αυτή την περίπτωση χορηγείτε θειικό μαγνήσιο για τοκόλυση (Lowdermilk et al., 2013).

3.6 ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Η αιμορραγία που προκύπτει από την πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα αποτελεί κύρια αιτία της κολπικής αιμορραγίας κατά το δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης (Walfish et al., 2009). Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα γίνεται συνήθως μετά την 20η εβδομάδα της κύησης και πριν από τον τοκετό (Lowdermilk et al., 2013). Η κλασική εικόνα που σηματοδοτεί την πρόωρη αποκόλληση, αποτελείται από κολπική αιμορραγία, ευαισθησία στη μήτρα και αύξηση της μήτρας. Το αποτέλεσμα της αποκόλλησης εξαρτάται κυρίως από τη σοβαρότητά της, αλλά η επίδρασή της στο έμβρυο καθορίζεται και από τη σοβαρότητά της αλλά και από την ηλικία κύησης. Στις περιπτώσεις των κρυμμένων αποκολλήσεων η κολπική αιμορραγία μπορεί να είναι απύουσα και η υποεκτίμηση της κατάστασης της μητέρας μπορεί να οδηγήσει σε υποογκαιμία (Walfish et al., 2009). Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει διαπιστωθεί ότι γυναίκες με διαγνωσμένα ινομυώματα έχουνε τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα (Lee et al., 2010). Σύμφωνα με μελέτες είναι γνωστό ότι η αποκόλληση του πλακούντα σε κυήσεις μικρότερες των 32 εβδομάδων, πιθανότατα σχετίζεται με την πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και τον πρόωρο τοκετό γεγονός που θέτει την εμβρυική ζωή σε κίνδυνο (Gargano et al., 2010). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αποκόλληση του πλακούντα δεν έχει γνωστά αίτια, όμως με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται σε γυναίκες πολύτοκες παρά άτοκες και σε γυναίκες με προηγούμενες αποβολές διότι διαταράσσεται ο μηχανισμός εμφύτευσης της βλαστοκύστης και δημιουργούνται ανωμαλίες κατά την ανάπτυξη του πλακούντα (Ghaheh et al., 2013).

3.6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κλινικά σημεία που σχετίζονται με την αποκόλληση του πλακούντα σχετίζονται με τον βαθμό αποκόλλησης (Kinoshita et al., 2014). Τα κλινικά σημεία που σχετίζονται με την αποκόλληση του πλακούντα είναι κοιλιακός πόνος, δυσφορία ή και <<σκληρότητα>> της μήτρας, αιμορραγία από τον κόλπο, πόνος στην πλάτη, μείωση των κινήσεων του εμβρύου, ευαισθησία της μήτρας και συστολές της μήτρας που μπορεί να αποτελεί και το μοναδικό σύμπτωμα (McCarthy & Hunter, 2009). Η μπορεί απλά να υπάρχει σοβαρός κοιλιακός πόνος και ήπιας μορφής κολπική αιμορραγία συμπτώματα που σηματοδοτούν την άμεση αντιμετώπιση (Ulu et al., 2016). Ακόμα, μπορεί να διαπιστωθούν συσπάσεις της μήτρας σε υψηλές συχνότητες, καθώς και σημεία επιβράδυνσης του καρδιακού εμβρυικού ρυθμού που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα (Shigeru et al., 2013). Μετά την έναρξη του τοκετού, οπότε και η διαστολή γίνεται μεγαλύτερη, η αιμορραγία μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή της ασθενούς και του εμβρύου (Ιατράκης, 2015).

Στην αποκόλληση του πλακούντα διακρίνουμε τρεις μορφές. Στην πρώτη μορφή έχουμε κεντρική αποκόλληση, στην οποία έχουμε αποκόλληση στην κεντρική μοίρα του πλακούντα με αποτέλεσμα να έχουμε συγκέντρωση του αίματος πίσω από αυτόν (σπάνια μορφή). Η αιμορραγία είναι συγκαλυμμένη και εσωτερική, η γυναίκα αισθάνεται συνεχόμενο πόνο (τετανική σύσπασση της μήτρας) ενώ η αιμορραγία είναι κατά βάση εσωτερική με ελάχιστη διαφυγή από τον κόλπο. Στην δεύτερη περίπτωση έχουμε αποκόλληση η οποία συμβαίνει στην περιφερική μοίρα του πλακούντα (περιφερειακή αποκόλληση) και η οποία συνοδεύεται από εξωτερική αιμορραγία χωρίς την ύπαρξη πόνου, το αίμα είναι στην αρχή κόκκινο και αργότερα γίνεται πιο σκούρο το χρώμα του. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχει ελαφρύς πόνος εμφανιζόμενος στο σημείο της αποκόλλησης. Στην τρίτη περίπτωση έχουμε ολική αποκόλληση του πλακούντα δηλαδή συνυπάρχει κεντρική και περιφερειακή αποκόλληση η ονομαζόμενη τέλεια αποκόλληση. Σε αυτού του είδους την αποκόλληση η οποία είναι σπάνια, έχουμε στην αρχή αιμορραγία και μετά πόνο και αργότερα όλα τα συμπτώματα της αιμορραγίας (Λεοντάρη, 2014).

3.6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για την οριστική διαχείριση της αποκόλλησης του πλακούντα δεν πρέπει να καθυστερήσει η επιβεβαίωση με υπερηχογράφημα (Fontaine et al., 2007). Συνήθως η έναρξη ενός αιφνίδιου κοιλιακού άλγους που συνοδεύεται από μια σοβαρής μορφής κολπική αιμορραγία αποτελεί ένδειξη για επείγουσα εκτέλεση υπερηχογραφήματος το οποίο αποκαλύπτει αποκόλληση πλακούντα (Kinoshita et al., 2014).). Γυναίκες ασθενείς που παρουσιάζουν επώδυνη κολπική αιμορραγία μαζί με σοβαρό κοιλιακό πόνο ή τετανικές συσπάσεις της μήτρας ή υπερτονικότητα μήτρας διερευνώνται για αποκόλληση πλακούντα (Elsasser et al., 2010).

3.6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αποκόλληση του πλακούντα η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ταχεία σταθεροποίηση της μητέρας και της καρδιοπνευμονικής της κατάστασης και εκτίμηση της εμβρυϊκής ευημερίας. Όποια καθυστέρηση μπορεί να αποβεί μοιραία για το έμβρυο. Η μητρική σταθεροποίηση απαιτεί σειριακή αξιολόγηση του αιματοκρίτη και των παραγόντων πήξης για να προσδιοριστεί η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (Fontaine et al., 2007). Επίσης χορηγούνται τοκολυτικοί παράγοντες οι οποίοι φαίνεται ότι αυξάνουν την διάρκεια της κύησης (Shigeru et al., 2013). Ενώ σε κυήσεις που βρίσκονται μεταξύ 28ης εβδομάδας ή ακόμα και νωρίτερα και 34ης εβδομάδας χορηγείται βηταμεθαζόνης ενδομυϊκά, με επανάληψη της δόσης σε 12-24 ώρες, για να

συνεχιστεί η πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου. Σε περίπτωση σοβαρής αιμορραγίας έχουμε την εικόνα κυκλοφορικής καταπληξίας επομένως χορηγούνται ηλεκτρολύτες, κατεψυγμένο πλάσμα και παράγοντες πήξης (Ιατράκης, 2015). Σε σοβαρές αποκολλήσεις που συμβαίνουν μετά την 34^η εβδομάδα της κύησης, μπορεί να χρειαστεί επείγουσα καισαρική.

3.7 ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ

Η ρήξη της μήτρας είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία είναι επείγουσα και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες που οδηγούν σε ρήξη μήτρας και γενικευμένη ενδοκοιλιακή αιμορραγία φαίνεται να σχετίζονται με προηγούμενες καισαρικές τομές στον τοκετό και την ύπαρξη προδρομικού πλακούντα σε προηγούμενες κυήσεις και προηγούμενες αποβολές (Ulkuemen et al., 2014). Επίσης στους προδιαθεσικούς παράγοντες ανήκουν και προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις που αφορούν την μήτρα όπως μια ινομυωματεκτομή, κάποια απόξεση, ανώμαλο μυομήτριο, αποκόλληση του πλακούντα (Siwatch et al., 2013). Σε σπάνιες περιπτώσεις δημιουργείται αυτόματη ρήξη της μήτρας στην διάρκεια του δεύτερου τριμήνου. Όταν όμως αυτό συμβαίνει εμφανίζονται συμπτώματα οξείας κοιλίας και υποογκαιμίας (Ulkuemen et al., 2014). Η ρήξη της μήτρας σε προχωρημένες κυήσεις συμβαίνει στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και αυτό συμβαίνει συνήθως στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, ενώ ρήξη της μήτρας που συμβαίνει στον πυθμένα της συμβαίνει κυρίως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Siwatch et al., 2013).

3.7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ρήξη μήτρας είναι μια παθολογική κατάσταση με μεγάλο βαθμό σοβαρότητας. Χρήζει άμεσης αντιμετώπισης για να σωθεί η ζωή του εμβρύου, αλλά και της μητέρας. Τα συμπτώματα που αποτελούν σημάδια για μια τέτοια επείγουσα κατάσταση είναι πόνος στην κοιλιά και πόνος στους ώμους, στη συνέχεια έχουμε κοιλιακή αιμορραγία, ωχρότητα, μειωμένη παραγωγή ούρων και τέλος σοκ (Siwatch et al., 2013). Ο πόνος ξεκινάει και επιδεινώνεται ή μειώνεται από ώρα σε ώρα. Είναι επιμένων πόνος και μπορεί η αιμορραγία να μην είναι εμφανής (Ulkuemen et al., 2014). Επίσης μπορεί να διαπιστωθεί και μέτρια ποσότητα ελεύθερου υγρού στην κοιλιακή κοιλότητα (Siwatch et al., 2013). Ωστόσο πέρα από τα παραπάνω συμπτώματα υπάρχει και δυσφορία του εμβρύου η οποία εκδηλώνεται με βραδυκαρδία του εμβρύου (Abdulkadir et al., 2013).

3.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση αφορά το μαιευτικό ιστορικό και προηγούμενες καισαρικές καθώς και την ύπαρξη προδρομικού πλακούντα σε προηγούμενες κυήσεις. Γίνεται υπερηχογραφική εκτίμηση για να διαπιστωθεί η κατάσταση του εμβρύου και η ύπαρξη κάποιας εμφανούς αιμορραγίας. Με τον υπέρηχο διαπιστώνεται ότι η μήτρα είναι άδεια (Siwatch et al., 2013). Στην συνέχεια γίνεται εξέταση για ευαισθησία της μήτρας και για την ύπαρξη πόνου. Πρέπει να γίνεται προσεκτικά η εκτίμηση της κατάστασης γιατί η διαφορική διάγνωση των υπαρχόντων συμπτωμάτων περιλαμβάνει την οξεία σκωληκοειδίτιδα, την ρήξη των ωοθηκών, και την ηπατική ή σπληνική ρήξη (Ulkumen et al., 2014). Αποβολή μετά το δεύτερο τρίμηνο η οποία οφείλεται σε ρήξη μήτρας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται σαν διαφορική διάγνωση στις γυναίκες εκείνες οι οποίες εμφανίζουν σημάδια κατακράτησης ούρων και κολπική αιμόρροιας (Jiang et al., 2015).

3.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην περίπτωση αυτή η μόνη θεραπεία αποτελεί η χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία αφορά την διάσωση του εμβρύου και της μητέρας. Διενεργείται επείγουσα λαπαροτομία και αντιμετώπιση τυχόν συμπτωμάτων υποογκαιμίας (Siwatch et al., 2013). Γίνεται χορήγηση αίματος. Σε περίπτωση πολύ σοβαρής αιμορραγίας γίνεται υστερεκτομή είτε ολική, είτε υφολική (Qudisia et al., 2012), για αποφυγή θνησιμότητας (Siwatch et al., 2013). Στην θεραπεία θεωρείται σημαντική η παρακολούθηση τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου για τον έλεγχο των χορηγηθέντων διεγερτικών της μήτρας σε μια προσπάθεια ελέγχου και πρόληψης επιπλοκών. Ενώ η επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης εξαρτάται από την έκταση της ρήξης, τον τύπο και τη θέση της (Abdulkadir et al., 2013). Επίσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία της γυναίκας να παραμείνει γόνιμη (Qudisia et al., 2012). Για την έναρξη των συστολών της μήτρας σε περίπτωση ρήξης της στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης χορηγούνται μισοπροστόλη η οποία θεωρείται ασφαλές φάρμακο για τις αμβλώσεις καθώς και μifeπριστόλη η οποία θεωρείται ασφαλής για χορήγηση στο δεύτερο τρίμηνο (Jiang et al., 2015).

3.8 ΤΑΡΥΜΑ

Ο τραυματισμός είναι μια συχνή επιπλοκή που προκύπτει στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό συμβαίνει γιατί οι περισσότερες έγκυες συνεχίζουν τις περισσότερες από τις δραστηριότητες που είχαν και πριν την εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα να διατρέχουν κίνδυνο για τροχαία ατυχήματα, πτώσεις, εργατικά ατυχήματα, βία και άλλες κακώσεις στο σπίτι ή στις εξωτερικές δραστηριότητες. Όπως και σε όλες τις άλλες περιπτώσεις μια έγκυος λαμβάνει την ίδια φροντίδα με μια μη έγκυο γυναίκα, με τη διαφορά ότι στην φροντίδα

της εγκύου προστίθεται και εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου (Lowdermilk et al., 2013). Οι τραυματισμοί στην διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουνε συνδεθεί αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό και αποκόλληση πλακούντα (Harland et al., 2014). Οι πιο συχνοί τραυματισμοί έχουνε σχέση με τα άκρα και στη συνέχεια με την κοιλιακή χώρα. Ο πιο κοινός μηχανισμός τραύματος που έχει καταγραφεί είναι τα τροχαία ατυχήματα και οι ακούσιες πτώσεις. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του τραύματος μπορεί να προκληθούν αιμορραγία από τον κόλπο, ρήξη μήτρας, πρόωρος τοκετός και αποκόλληση πλακούντα (Zangene et al., 2014).

3.8.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Αρχικά γίνεται εξωτερικά επισκόπηση και κύριο σύμπτωμα αποτελεί η κοιλιακή αιμορραγία καθώς και ο πόνος στην κοιλιακή χώρα (Zangene et al., 2014).

3.8.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό και από τις πληροφορίες που συλλέγονται από άτομα που ήτανε παρόντα στο περιστατικό. Για να διαπιστωθεί εάν όλα είναι φυσιολογικά γίνεται υπερηχογράφημα για να καταλάβουμε εάν έχει επιπτώσεις το έμβρυο, και εξέταση της γυναίκας (Kuo et al., 2007).

3.8.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην θεραπεία δίνονται αναλγητικά σε μικρές δόσεις επί πόνου και προληπτική παρακολούθηση της γυναίκας η οποία μπορεί να χρειαστεί να παραμείνει στο νοσοκομείο για μερικές ημέρες (Kuo et al., 2007).

3.9 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ- ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Λοιμώξεις που αφορούν το γεννητικό σύστημα όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, πρέπει να ταυτοποιούνται και να αντιμετωπίζονται προκειμένου να μειώνεται ο κίνδυνος για το έμβρυο. Ανάλογα με την πάθηση δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες και μέτρα προφύλαξης καθώς και φαρμακευτικές αγωγές που δεν επηρεάζουν το έμβρυο και που μειώνουν την ένταση των συμπτωμάτων εάν υπάρχουν. Άλλες φλεγμονές όπως η ουρολοίμωξη ή η κολπίτιδα, αντιμετωπίζονται με σωστή εκπαίδευση και λήψη φαρμάκων. Η γυναίκα καθοδηγείται να ολοκληρώσει το θεραπευτικό σχήμα της συνταγογραφούμενης αγωγής και να μην το σταματά μόλις αισθανθεί

βελτίωση (Lowdermilk et al., 2013). Σε καταστάσεις επικίνδυνες για την ζωή του εμβρύου που μπορεί να επηρεάζονται από κάποια λοίμωξη ασφαλέστερη λύση είναι η καισαρική (Kuo et al., 2007).

Για παράδειγμα η ανεμοβλογιά σε μια έγκυο γυναίκα φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό εμφάνισης πνευμονίας, γεγονός το οποίο παρατείνει την παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο για παρακολούθηση (Kourtis et al., 2014). Η θεραπεία στοχεύει στην ίαση της μητέρας ούτως ώστε να μην υπάρχουν επιπλοκές από την ασθένεια (Silasi et al., 2015).

Σε μόλυνση από κυταρομεγαλοϊό (CMV) επειδή υπάρχει ο κίνδυνος της κάθετης μετάδοσης από την μητέρα προς το έμβρυο κατά την διάρκεια του τοκετού, για αυτό και απαιτείται καισαρική για να διασφαλιστεί η υγεία του εμβρύου, ενώ, η βαρύτητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης από ότι στο τελευταίο τρίμηνο. Αυτό συμβαίνει γιατί η νόσος σχετίζεται με την ανάπτυξη του εμβρύου και μπορεί να προκαλέσει στην φάση ανάπτυξης του αυτής προβλήματα στην ανάπτυξη και την ακοή (Silasi et al., 2015).

Λοίμωξη που οφείλεται στον ιό HIV (ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας), αποτελεί επικίνδυνη λοίμωξη η οποία μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο και να νοσήσει είτε μέσω του θηλασμού, είτε στην διάρκεια του τοκετού στην οποία μπορεί να έχουμε κάθετη μετάδοση του ιού από την μητέρα στο έμβρυο. Για τον λόγο αυτό προτιμάται η διενέργεια καισαρικής (Silasi et al., 2015).

Λοίμωξη που οφείλεται στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), αφορά κυρίως την ενημέρωση του συντρόφου και την θεραπευτική αντιμετώπιση των γυναικών εκείνων οι οποίες έχουν μια σειρά από αλλοιώσεις χάρη στις οποίες θα πρέπει να διενεργηθεί καισαρική για να προστατευτεί το έμβρυο κατά την γέννηση (Lowdermilk et al., 2013).

Η λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα, μπορεί να αντιμετωπιστεί με ακυκλοβίρη και χορήγηση αναλγητικών, ενώ σε περιπτώσεις όπου ο ιός είναι ενεργός γίνεται καισαρική για πρόληψη της μετάδοσης του ιού στο έμβρυο (Lowdermilk et al., 2013).

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Σύμφωνα με τις NICE guidelines από το 2008, στην διάρκεια της εγκυμοσύνης μας ενδιαφέρει η ομαλή εξέλιξή της. Ο εντοπισμός συμπτωμάτων με παθολογική σημασία όπως για παράδειγμα ο διαβήτης κύησης και η προεκλαμψία αποτελούν σημεία άμεσης αντιμετώπισης για να προληφθούν επιπλοκές που θα απειλούσαν την υγεία της μητέρας και του εμβρύου. Για αυτό το λόγο ελέγχεται η εξέλιξη της γυναίκας σε σχέση με τα σημάδια και συμπτώματα που έχουν εντοπιστεί ένα υπάρχει κάτι παθολογικό κάθε μήνα. Ενώ, λαμβάνεται υπόψη η καρδιοτοκογραφική εκτίμηση του εμβρύου η οποία γίνεται κάθε μήνα και ελέγχεται η γυναίκα για σημάδια πρόωρου τοκετού.

Οι οδηγίες του 2014 από την Ελληνική Μαιευτική Εταιρία οι οποίες σχετίζονται με τον προγεννητικό έλεγχο, αφορούν την υπερηχογραφική εκτίμηση σε κάθε μήνα της κύησης διαπιστώνοντας έτσι την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου. Γίνονται αιματολογικές εξετάσεις για να ελεγχθούν τα επίπεδα ανθώπινης χοραικής γοναδοτροπίνης (hCG), ενώ μεταξύ 15ης και 20ης εβδομάδας οι εξετάσεις μπορούν να ανιχνεύσουν την ύπαρξη τρισωμίας στο έμβρυο. Ενώ δίνονται στις μητέρες οδηγίες για σωστή διατροφή και προφύλαξη από έκθεση σε βλαβερές ουσίες όπως κλειστοί χώροι με καπνίζοντες και ο περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ.

Μελέτες έχουν δείξει πληροφορίες οι οποίες αφορούν την επίσκεψη νοσηλευτών στο σπίτι της μέλλουσας μητέρας στα πλαίσια προγράμματος ανάπτυξης θεραπευτικής σχέσης και συμβουλευτικής σχέσης προς την μητέρα πριν τον ερχομό του εμβρύου. Ακόμα, νοσηλευτές μαθαίνουν στις μητέρες πώς να ανταποκριθούν σε διάφορες καταστάσεις στην διάρκεια της κύησης καθώς και τον τρόπο να αντιμετωπίζουν και να αναγνωρίζουν απλά σημάδια που μπορεί να θέτουν την υγεία της μητέρας ή του εμβρύου σε κίνδυνο σε όλες τις φάσεις της κύησης. Επίσης, οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στον μητρικό ρόλο στην διάρκεια της κύησης (Landy et al., 2012), υποδεικνύοντας στην μητέρα τους τρόπους για να επιλυθούν ζητήματα που την αγχώνουν και βοηθούν έτσι ώστε να συνεχιστεί ομαλά η εξέλιξη της κύησης. Ωστόσο πρέπει να στοχεύουν και στις συμπεριφορές προ του τοκετού που αφορούν τόσο την υγεία, όσο και την φροντίδα της ίδιας της μητέρας (Holland et al., 2014). Ο νοσηλευτής πρέπει να εστιάσει στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου και να βοηθήσει την μητέρα να κατανοήσει τις φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της, αλλαγές που σχετίζονται με την οικογένεια και τους φίλους και να απαντήσει σε ερωτήσεις σχετικά με την εργασία, τον τρόπο ξεκούρασης και την διατροφή της, σε ένα πλαίσιο συμπληρωματικών πληροφοριών το οποίο συμπληρώνει τις υπάρχουσες οδηγίες του εκάστοτε ιατρού (Landy et al., 2012).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις λειτουργούν αποτελεσματικά εάν έχουμε ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, χωρίς επιπλοκές, και στόχος είναι να κάνουν την εγκυμοσύνη των γυναικών πιο ασφαλή. Ο οικογενειακός προγραμματισμός αφορά την ενημέρωση και τον καθισχυασμό της γυναίκας σχετικά με θέματα προ του τοκετού όπως ο πρόωρος τοκετός (Lassi et al., 2014). Η πρωτοβάθμια παροχή φροντίδας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αφορά στο μεγαλύτερο μέρος της την προγεννητική φροντίδα της μητέρας σε συνδυασμό με τον οικογενειακό γιατρό ή τη μαία. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου εντοπίζονται παράγοντες κινδύνου η γυναίκα παραπέμπεται σε μαιευτήρα για καλύτερη παρακολούθηση (Metcalf et al., 2013). Οι νοσηλευτές πρέπει να φροντίζουν για την ενημέρωση και καθοδήγηση των γυναικών όσο πλησιάζει ο τοκετός προκρινόμενου να λάβουν μέτρα για την ασφάλειά τους στο τελευταίο τρίμηνο αλλά και σε όλη την διάρκεια της κυοφορίας (Jacobson et al., 2013). Ενώ δίνονται πληροφορίες που σχετίζονται με διαδικασίες πριν από τον τοκετό, τόσο και κατά την διάρκεια της μετέπειτα νοσηλείας (Psaila et al., 2014).

Στις νοσηλευτικές αρμοδιότητες εκτός από την ενημέρωση και την παροχή πληροφοριών σχετικά με θέματα της εγκυμοσύνης, είναι και αρμοδιότητες που αποτελούν μηνιαία ρουτίνα και συμβαίνουν για την διαπίστωση της καλής κατάστασης της μητέρας και του εμβρύου. Αυτές οι αρμοδιότητες περιλαμβάνουν την ψυχολογική υποστήριξη της μέλλουσας μητέρας και την προσαρμογή της σε θέματα που αφορούν τον τοκετό, τον θηλασμό. Ενημέρωση σχετικά με αποκλίσεις από το φυσιολογικό ρυθμό της εγκυμοσύνης, τρόποι διαχείρισής τους, και παραπομπή σε επικίνδυνες καταστάσεις. Είναι σημαντική η ενίσχυση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με προειδοποιητικά σημάδια επιπλοκών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης με σκοπό την διασφάλιση τόσο των μέσων όσο και των πράξεων εκείνων που θα εφαρμοστούν σε μια γυναίκα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Ενώ, σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης εκτιμάται πρωτίστως η κατάσταση της μητέρας με έλεγχο του αεραγωγού, της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Σε δεύτερο στάδιο αξιολογείται η κατάσταση του εμβρύου καρδιακή συχνότητα και παλμός και ελέγχεται η ηλικία της κύησης. Στις αρμοδιότητες αυτές ανήκει και η διαχείριση της αιμορραγίας που αποτελεί συχνή επιπλοκή.

Οι αρχές εκείνες που αφορούν την διαχείριση μιας μαζικής μαιευτικής αιμορραγίας περιλαμβάνουν αρχικά την αντιμετώπιση της αιτίας της αιμορραγίας. Στην συνέχεια απαιτείται άμεση παύση της αιμορραγίας και αναπλήρωση του χαμένου όγκου του αίματος με την χορήγηση τόσο αίματος, όσο και υγρών. Ενώ συμπληρωματική χορήγηση μπορεί να γίνει με άλλα προϊόντα αίματος όπως οι παράγοντες πήξης και πλάσματος. Στην τελική αξιολόγηση της κατάστασης της μέλλουσας μητέρας ελέγχεται η ανταπόκριση στην θεραπεία και γίνονται συχνές εργαστηριακές εξετάσεις (Walfish et al.,

2009). Ο στόχος σε τέτοιες καταστάσεις είναι η συνέχιση της ανάπτυξης του εμβρύου. Σε περιπτώσεις αιμορραγιών αρχικά γίνεται συντηρητική αντιμετώπιση η οποία εξαρτάται πάντοτε από την σοβαρότητα της αιμορραγίας (Lowdermilk et al., 2013).

Εάν υπάρχει απώλεια αίματος πάνω από των 500 mL με συνεχή ροή τότε μιλάμε για βαριά κολπική αιμορραγία, ενώ απώλεια μεγαλύτερη των 2000 mL αποτελεί ένδειξη άμεσης αντιμετώπισης για να προληφθεί η ανάπτυξη κυκλοφορικού σοκ. Στην φάση αυτή έχουμε εκτίμηση της ποσότητας του χαμένου αίματος. Άμεσα χορηγούνται υγρά για σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης μέσω περιφερικής φλέβας. Σε συνεχή ρυθμό εκτιμάται το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς, η αρτηριακή πίεση, ο παλμός και καταγράφονται τα ούρα ανά ώρα. Ακόμα, ελέγχεται ο κορεσμός οξυγόνου στο αίμα με την παλμική οξυμετρία. Γίνεται ακρόαση των πνευμόνων με σκοπό την εξερεύνηση ύπαρξης ή όχι πνευμονικού οιδήματος ή για τον έλεγχο εμφάνισης συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας. Σε κρίσιμες καταστάσεις με μεγάλες απώλειες αίματος πάνω από 2000 mL τοποθετείται κεντρική φλεβική γραμμή (Smith & Ramus, 2016).

Σε αιμορραγίες που συμβαίνουν αργότερα στην εγκυμοσύνη και κοντά στον τοκετό η διαχείριση περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση της κατάστασης και εάν υπάρχει σοκ, στην συνέχεια γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων και ξεκινάει η χορήγηση υγρών. Εάν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου γίνεται είτε άμεση καισαρική, είτε κολπικός τοκετός εάν υπάρχει ήδη διαστολή (Mathai et al., 2007).

Η νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει τον έλεγχο και την ποσότητα της αιμορραγίας βασικά και στην συνέχεια μέτρηση ζωτικών σημείων και έλεγχο της γυναίκας για εμφανή ή επερχόμενα σημάδια κυκλοφορικού σοκ. Επίσης, γίνεται αλλαγή θέσης στην γυναίκα για να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει συγκέντρωση αίματος κάτω από αυτήν, ενώ παράλληλα χρησιμοποιούνται και επιθέματα για να σταματήσει η αιμορραγία τα οποία ζυγίζονται για να υπολογιστεί η συνολική απώλεια (Belleza, 2016).

Κατά την εισαγωγή μιας γυναίκας με αιμορραγία στο νοσοκομείο γίνεται τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής, άμεσος εργαστηριακός έλεγχος για να διαπιστωθούν η ομάδα αίματος και η ομάδα Rhesus (Rh), ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη καθώς και οι παράγοντες πήξης, ενώ ελέγχονται κατά επίπεδα ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) (Lowdermilk et al., 2013). Ο έλεγχος των παραγόντων πήξης και η εύρεση οποιασδήποτε διαταραχής στην πήξη του αίματος επιτρέπει την ταχεία διάγνωση και παρακολούθηση στη συνέχεια της κύησης και επιτρέπει τον σωστό σχεδιασμό για την διαχείριση τυχόν μαιευτικών αιμορραγιών (Erhabor et al., 2013). Ωστόσο η χορήγηση φαρμάκων γίνεται μετά από ιατρική οδηγία και περιλαμβάνει την χορήγηση αναλγητικών, αντιβιοτικών και φαρμάκων που βοηθούν στην μείωση

συστολών της μήτρας, ενώ σε κάθε στάδιο της παρεχόμενης φροντίδας γίνεται ενημέρωση του ασθενούς για να μην νιώθει φόβο και άγχος. Το τελευταίο και κύριο κομμάτι στην αντιμετώπιση μια εγκύου γυναίκας είναι η συνεχής εκτίμηση και παρακολούθηση αρχικά της μητέρας και του εμβρύου με καρδιοτοκογράφημα και υπερηχογράφημα του εμβρύου, και στη συνέχεια η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της μητέρας. Ακόμα, εκτιμώνται η απώλεια αίματος όπως αυτή υπολογίζεται από την καταγραφή και τον υπολογισμό του αίματος σε σεντόνια, πάνες και σερβιέτες. Τοποθετείται καθετήρας Foley για την ωριαία καταγραφή και μέτρηση των αποβαλλόμενων ούρων, παρακολούθηση της γυναίκας για σημεία πρόωρου τοκετού και εκ νέου αιμορραγία ή για επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν σε καισαρική. Η ανάπαυση, ο κλινοστατισμός και η περιορισμένη δραστηριότητα της μητέρας είναι πρωταρχικής σημασίας για να περιοριστούν οι επιπλοκές, ενώ προσφέρεται συναισθηματική υποστήριξη της γυναίκας και της οικογένειας (Lowdermilk et al., 2013).

Καρδιοτοκογραφία (CTG)

Με αυτή την μέθοδο ελέγχονται ο εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός και η εμβρυϊκή κυκλοφορία. Αλλοιώσεις στο καρδιοτοκογράφημα μπορεί να σχετίζονται είτε με ανεπάρκεια του πλακούντα, είτε με αποκόλληση του πλακούντα που μπορεί να δείξει εμβρυϊκή ταχυκαρδία την οποία ακολουθεί μια βραδυκαρδία (guidelines, 2014). Η παρακολούθηση αφορά την εκτίμηση της καρδιακής συχνότητας και της εμβρυϊκής οξυγόνωσης, με στόχο να ανιχνευθούν σημάδια υποξίας και μεταβολικής οξέωσης. Με αυτό τον τρόπο επιλέγονται οι μέθοδοι εκείνες που αποκλείουν κάποια μόνιμη βλάβη και προλαμβάνουν την εμβρυϊκή θνησιμότητα (Lowdermilk et al., 2013). Οι ενδείξεις εκείνες οι οποίες απαιτούν την χρήση της καρδιοτοκογραφίας είναι οι γυναίκες με αιμορραγία στην διάρκεια πρόσφατης εγκυμοσύνης, γυναίκες με υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II, καθώς και η ανίχνευση κάποιας εμβρυϊκής αρρυθμίας (ιδιαίτερα ταχυαρρυθμίες) οι οποίες θα εμφανιστούν στο υπερηχογράφημα. Ακόμα η χρήση του πρέπει να γίνεται και σε περιπτώσεις πολύδυμων κυήσεων, σε επίτοκες με πρόωρες συσπάσεις, σε μειωμένη κινητικότητα του εμβρύου και σε ατυχήματα με κοιλιακό τραύμα ή σοβαρό τραυματισμό της μητέρας (guidelines, 2014). Η διενέργεια καρδιοτοκογραφήματος σε κατάσταση ηρεμίας ονομάζεται μη-στρες τεστ (Non –Stress Test), και στην ουσία αποτελεί μια άμεση αξιολόγηση της κατάστασης του εμβρύου (who, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

1. Placenta Accreta

ABSTRACT

Placenta accreta is a potentially life-threatening obstetric condition that requires a multidisciplinary approach to management. The incidence of placenta accreta has increased and seems to parallel the increasing cesarean delivery rate. Women at greatest risk of placenta accreta are those who have myometrial damage caused by a previous cesarean delivery with either an anterior or posterior placenta previa overlying the uterine scar. Diagnosis of placenta accreta before delivery allows multidisciplinary planning in an attempt to minimize potential maternal or neonatal morbidity and mortality. Grayscale ultrasonography is sensitive enough and specific enough for the diagnosis of placenta accreta; magnetic resonance imaging may be helpful in ambiguous cases. Although recognized obstetric risk factors allow the identification of most cases during the antepartum period, the diagnosis is occasionally discovered at the time of delivery. In general, the recommended management of suspected placenta accreta is planned preterm cesarean hysterectomy with the placenta left in situ because attempts at removal of the placenta are associated with significant hemorrhagic morbidity. However, surgical management of placenta accreta may be individualized. Although a planned delivery is the goal, a contingency plan for an emergency delivery should be developed for each patient, which may include following an institutional protocol for maternal hemorrhage management.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Ο πλακούντας accreta είναι μία δυνητικά απειλητική μαιευτική κατάσταση για τη ζωή της γυναίκας και απαιτεί άμεση προσέγγιση και διαχείριση. Η συχνότητα των πλακούντα accreta έχει αυξηθεί παράλληλα με τα αυξανόμενα ποσοστά καισαρικής. Οι γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση πλακούντα accrete, είναι εκείνες που έχουν κάποια μωομήτριο ζημία που προκλήθηκε από προηγούμενη καισαρική τομή, είτε γυναίκες με την ύπαρξη πρόσθιου ή οπίσθιου προδρομικού πλακούντα που επικαλύπτει την ουλή της μήτρας. Διάγνωση του πλακούντα accreta πριν από την παράδοση του εμβρύου, επιτρέπει διεπιστημονικό σχεδιασμό, σε μια προσπάθεια να ελαχιστοποιηθεί ενδεχόμενη νοσηρότητα και θνητότητα της μητέρας ή του νεογνού. Παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζονται μαιευτικοί παράγοντες κινδύνου, επιτρέπεται ο εντοπισμός στις περισσότερες περιπτώσεις κατά την περίοδο προ του τοκετού, ή η διάγνωση κατά καιρούς αποκαλύπτεται κατά τη στιγμή της παράδοσης. Σε γενικές γραμμές, η συνιστώμενη διαχείριση των ύποπτων περιπτώσεων με πλακούντα accreta είναι ο προγραμματισμός παράδοσης με πρόωρη καισαρική, με προσοχή

στην αφαίρεση του πλακούντα επειδή οι απόπειρες απομάκρυνσής του συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα και αιμορραγικά επεισόδια. Ωστόσο, η χειρουργική διαχείριση του πλακούντα accreta μπορεί να εξατομικεύεται. Παρά το γεγονός ότι μια προγραμματισμένη παράδοση είναι ο στόχος, θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα σχέδιο έκτακτης ανάγκης για την παροχή έκτακτης ανάγκης για κάθε ασθενή, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μετά από ένα θεσμικό πρωτόκολλο και διαχείριση για τη μητρική αιμορραγία.

2. Type and Location of Placenta Previa Affect Preterm Delivery Risk Related to Antepartum Hemorrhage

Abstract

Purpose: To evaluate whether type and location of placenta previa affect risk of antepartum hemorrhage-related preterm delivery.

Methods: We retrospectively studied 162 women with singleton pregnancies presenting placenta previa. Through observation using transvaginal ultrasound the women were categorized into complete or incomplete placenta previa, and then assigned to anterior and posterior groups. Complete placenta previa was defined as a placenta that completely covered the internal cervical os, with the placental margin >2 cm from the os. Incomplete placenta previa comprised marginal placenta previa whose margin adjacent to the internal os and partial placenta previa which covered the os but the margin situated within 2 cm of the os. Maternal characteristics and perinatal outcomes in complete and incomplete placenta previa were compared, and the differences between the anterior and the posterior groups were evaluated.

Results: Antepartum hemorrhage was more prevalent in women with complete placenta previa than in those with incomplete placenta previa (59.1% versus 17.6%), resulting in the higher incidence of preterm delivery in women with complete than in those with incomplete placenta previa [45.1% versus 8.8%; odds ratio 8.5 95% confidence interval (CI) 3.59-20.18 $p < 0.001$]. In complete placenta previa, incidence of antepartum hemorrhage did not significantly differ between the anterior and the posterior groups. However, gestational age at bleeding onset was lower in the anterior group than in the posterior group, and the incidence of preterm delivery was higher in the anterior group than in the posterior group (76.2% versus 32.0% 6.8; 95% CI 2.12-21.84 $p = 0.002$). In incomplete placenta previa, gestational age at delivery did not significantly differ between the anterior and posterior groups.

Conclusion: Obstetricians should be aware of the increased risk of preterm delivery related to antepartum hemorrhage in women with complete placenta previa, particularly when the placenta is located on the anterior wall.

Keywords: complete placenta previa, anterior placenta previa, preterm delivery, antepartum hemorrhage.

Περίληψη

Σκοπός: Να αξιολογηθεί κατά πόσον το είδος και η τοποθεσία του προδρομικού πλακούντα επηρεάζουν τον κίνδυνο για αιμορραγίας προ του τοκετού, ή σχετίζονται με πρόωρο τοκετό.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 162 γυναίκες με μονήρεις κυήσεις που παρουσιάζαν προδρομικό πλακούντα. Μέσω της παρατήρησης χρησιμοποιώντας διακολλητικό υπερηχογράφημα οι γυναίκες κατηγοριοποιούνται σε πλήρη ή ατελή προδρομικό πλακούντα, και στη συνέχεια σε ομάδες με πρόσθια και οπίσθια κάλυψη. Πλήρης πρόδρομος πλακούντας ορίστηκε ως πλακούντα που κάλυψε πλήρως την εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, με τον πλακούντα σε περιθώριο > 2 cm από το λειτουργικό σύστημα. Ελλιπής προδρομικός πλακούντας αποτελείται από οριακά προδρομικό πλακούντα του οποίου το περιθώριο βρίσκεται δίπλα στην εσωτερική πλευρά του τραχηλικού στομίου και μερικός προδρομικός πλακούντας, που καλύπτει το λειτουργικό σύστημα, αλλά το περιθώριο του βρίσκεται σε απόσταση 2 cm από το έσω τραχηλικό στόμιο. Μητρικά χαρακτηριστικά και περιγεννητική έκβαση σε πλήρες και ατελές πρόδρομικό πλακούντα συγκρίθηκαν, και οι διαφορές μεταξύ του πρόσθιου και των οπίσθιων προδρομικού πλακούντα στις ομάδες αξιολογήθηκαν.

Αποτελέσματα: προ του τοκετού αιμορραγία ήταν πιο διαδεδομένη στις γυναίκες με πλήρη προδρομικό πλακούντα σε σχέση με εκείνες με ελλιπή προδρομικό πλακούντα (59,1% έναντι 17,6%), με αποτέλεσμα την υψηλότερη συχνότητα του πρόωρου τοκετού σε γυναίκες με πλήρη προδρομικό πλακούντα από ό, τι σε εκείνες με ατελή [45,1% έναντι 8,8%] αναλογία πιθανοτήτων 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 3,59 έως 20,18? $p < 0,001$. Σε πλήρη προδρομικό πλακούντα, συχνότητα εμφάνισης της προγεννητικής αιμορραγία δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ του πρόσθιου και οπίσθιου πλακούντα στις ομάδες. Ωστόσο, η ηλικία κύησης σε έναρξη αιμορραγίας ήταν χαμηλότερη στην πρόσθια ομάδα με προδρομικό πλακούντα από ό, τι στο οπίσθιο ομάδα, και η συχνότητα εμφάνισης του πρόωρου τοκετού ήταν υψηλότερη στην πρόσθια ομάδα σε σχέση με την οπίσθια ομάδα (76,2% έναντι 32,0% H 6.8 95% CI 2.12 -21,84 $p = 0,002$). Στον ελλιπή προδρομικό πλακούντα, η ηλικία κύησης κατά τον τοκετό δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων πρόσθια και οπίσθια.

Συμπέρασμα: Οι μαιευτήρες θα πρέπει να γνωρίζουν τον αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού που σχετίζονται με προγεννητικές αιμορραγίες σε γυναίκες με πλήρη προδρομικό πλακούντα, ιδιαίτερα όταν ο πλακούντας βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα.

Λέξεις-κλειδιά: πλήρης προδρομικό πλακούντα, πρόσθια πρόδρομος πλακούντας, πρόωρο τοκετό, προγεννητικής αιμορραγία.

3. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy

Summary

Background: Extrauterine pregnancy is a complication of the first trimester of pregnancy that arises in 1.3–2.4% of all pregnancies.

Methods: This review is based on articles and guidelines retrieved by a selective PubMed search.

Results: The presentation of extrauterine pregnancy is highly variable, ranging from an asymptomatic state, to pelvic pain that is worse on one side, to tubal rupture with hemorrhagic shock. 75% of tubal pregnancies can be detected by transvaginal ultrasonography. In patients with a vital extrauterine pregnancy, the human chorionic gonadotropin concentration generally doubles within 48 hours. Laparoscopy is the gold standard of treatment. Two randomized, controlled trials comparing organ-preserving treatment with ablative surgery revealed no significant difference in pregnancy rates after the intervention, but precise details of the surgical procedures were not provided, and long-term fertility data are lacking. Methotrexate therapy should be used only for strict indications.

Conclusion: Further randomized, controlled trials with longer follow-up will be needed to answer currently open questions about the potential for individualized surgical treatment and the proper role of pharmacotherapy.

Περίληψη

Ιστορικό: Η εξωμήτριος κύηση είναι μια επιπλοκή του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης που προκύπτει σε 1,3-2,4% όλων των κυήσεων.

Μέθοδοι: Η αναθεώρηση αυτή βασίζεται στα άρθρα και τις κατευθυντήριες γραμμές που ανακτώνται από μια επιλεκτική αναζήτηση στο PubMed.

Αποτελέσματα: Η παρουσίαση της εξωμήτριας κύησης είναι εξαιρετικά μεταβλητή, κυμαίνεται από μια ασυμπτωματική κατάσταση, ενώ μπορεί να υπάρχει ένας πνευλικός πόνος που είναι χειρότερος από τη μία πλευρά, και μια υποψία για ρήξη σαλπίγγων με αιμορραγικό σοκ. Στο 75% των σαλπιγγικών

κυσήσεων μπορεί να εντοπιστεί με διακολπικό υπερηχογράφημα. Σε ασθενείς με μια ζωτικά εξωμήτρια κύηση, η συγκέντρωση ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης διπλασιάζεται γενικά εντός 48 ωρών. Η λαπαροσκόπηση είναι ο χρυσός κανόνας της θεραπείας. Δύο τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες που συνέκριναν τη θεραπεία οργάνου συντηρητικά με αφαιρετική χειρουργική επέμβαση δεν αποκάλυψε καμία σημαντική διαφορά στα ποσοστά εγκυμοσύνης μετά την επέμβαση, καθώς και τα μακροπρόθεσμα δεδομένα της γονιμότητας δεν έχουν διαπιστωθεί. Η θεραπεία με μεθοτρεξάτη θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο μετά από αυστηρή ενδείξη.

Συμπέρασμα: Περαιτέρω τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες με μεγαλύτερη συνέχεια θα χρειαστεί να απαντήσουν σήμερα σε ανοικτά ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα για εξατομικευμένη χειρουργική θεραπεία και τον ορθό ρόλο της φαρμακοθεραπείας.

4. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management

Purpose and scope

The purpose of this guideline is to describe the diagnostic modalities used for placenta praevia, vasa praevia and a morbidly adherent placenta and how they are applied during the antenatal period. Clinical management will be described in the antenatal and peripartum period with specific reference to the anticipation, planning and timing of surgery, as well as to the advanced techniques and interventions available for managing placenta accreta. This guideline does not address the problems of a suspected morbidly adherent placenta before fetal viability.

Σκοπός και πεδίο εφαρμογής

Σκοπός της παρούσας κατευθυντήριας οδηγίας είναι να περιγράψει τις διαγνωστικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για προδρομικούς πλακούντες, vasa προδρομικό πλακούντα και νοσηρά προσκολλημένο πλακούντα και τον τρόπο εφαρμογής τους κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου. Στην κλινική διαχείριση θα περιγράφονται στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο με ειδική αναφορά στην πρόβλεψη, σχεδιασμό και το χρονοδιάγραμμα της χειρουργικής επέμβασης, καθώς και με τις προηγμένες τεχνικές και παρεμβάσεις που διατίθενται για τη διαχείριση του πλακούντα accreta. Αυτή η κατευθυντήρια γραμμή δεν αντιμετωπίζει τα προβλήματα που υπάρχουν στις υποψίες για νοσηρά προσκολλημένο πλακούντα πριν διαπιστωθεί η εμβρυϊκή βιωσιμότητα.

5. The management of tubal pregnancy

Purpose and scope

There were 13 maternal deaths resulting from ectopic pregnancy in the UK during the period 1997–99. The incidence of ectopic pregnancy has remained static in recent years (11.1/1000 pregnancies) and nearly 32000 ectopic pregnancies are diagnosed in the UK within a three year period.¹

Tubal pregnancy can be managed by laparotomy, operative laparoscopy, medically and occasionally by observation alone. Management must be tailored to the clinical condition and future fertility requirements of the woman.

One concern raised in the Confidential Enquiry into Maternal Deaths was the difficulty encountered in diagnosing ectopic pregnancy.¹ The remit of this guideline is not to discuss the methods available for the diagnosis of ectopic pregnancy but to discuss the methods and techniques that may be used once a diagnosis has been made. However, it is acknowledged that, when discussing the expectant and medical management of tubal pregnancy, in some women the site of pregnancy implantation will be uncertain.

Σκοπός και πεδίο εφαρμογής

Υπήρχαν 13 θάνατοι μητέρων που προκύπτουν από έκτοπη κύηση στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά τη διάρκεια της περιόδου 1997-99. Η συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κύησης έχει παραμείνει στατική κατά τα τελευταία έτη (11.1 / 1000 κυήσεις) και σχεδόν 32000 έκτοπες εγκυμοσύνες διαγιγνώσκονται στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσα σε μια περίοδο από 1-3 χρόνια.

Η εξωμήτριος κύηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με λαπαροτομία, λειτουργική λαπαροσκόπηση, ιατρικά και περιστασιακά με την παρατήρηση μόνο. Η διοίκηση πρέπει να προσαρμοστεί με την κλινική κατάσταση και τις μελλοντικές απαιτήσεις της γυναίκας σχετικά με την γονιμότητα.

Μια ανησυχία που θίγεται στην Εμπιστευτική Έρευνα σε μητρικούς θανάτους ήταν η δυσκολία που συναντούν στη διάγνωση της έκτοπης εγκυμοσύνης. Η αποστολή της παρούσας κατευθυντήριας οδηγίας είναι να μην συζητήσει τις διαθέσιμες μεθόδους για τη διάγνωση της έκτοπης κύησης, αλλά να συζητήσουν τις μεθόδους και τις τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν μία φορά ενώ η διάγνωση έχει γίνει. Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι, κατά τη συζήτηση της μέλλουσας και την ιατρικής διαχείρισης των σαλπίνγων της εγκυμοσύνης, που αποτελεί συχνό σημείο εμφύτευσης, σε ορισμένες γυναίκες η περιοχή θεωρείται αβέβαιο σημείο.

6. Obstetric Complications of Fibroids

Uterine fibroids (leiomyomas) are common benign smooth muscle tumors of the uterus. They are found in approximately 25% to 35% of reproductive age women [1], although detailed pathologic examination can identify fibroids in up to 77% of all hysterectomy specimens [2]. Uterine fibroids are seen more commonly in African American and older populations [3]. As more and more women choose to delay childbearing, the issue of fibroids in pregnancy is one that obstetric care providers are likely to face with increasing frequency. This article reviews in detail the current literature regarding the effect of uterine fibroids on pregnancy outcome, the mechanisms by which fibroids may complicate pregnancy, and the usefulness of medical and surgical interventions that are used to prevent and treat such complications.

Ινομυώματα της μήτρας (λειομυώματα) είναι κοινά καλοήθεις όγκοι λείων μυών της μήτρας. Βρίσκονται σε ποσοστό περίπου 25% έως 35% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας [1], αν και μια λεπτομερής παθολογική εξέταση μπορεί να προσδιορίσει ινομυώματα σε έως και 77% όλων των δειγμάτων με υστερεκτομή [2]. Τα ινομυώματα της μήτρας είναι πιο συχνά στις αφρικανικές αμερικανικές χώρες του πληθυσμού [3]. Καθώς όλο και περισσότερες γυναίκες επιλέγουν να καθυστερήσουν την τεκνοποίηση, το ζήτημα των ινομυωμάτων στην εγκυμοσύνη είναι ένα, ότι οι πάροχοι μαιευτικής φροντίδας είναι πιθανό να τα αντιμετωπίσουν με αυξανόμενη συχνότητα. Αυτό το άρθρο εξετάζει λεπτομερώς την τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση των ινομυωμάτων της μήτρας στην έκβαση της εγκυμοσύνης, οι μηχανισμοί με τους οποίους τα ινομυώματα μπορεί να περιπλέξουν την εγκυμοσύνη, και τη χρησιμότητα των ιατρικών και χειρουργικών επεμβάσεων που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και τη θεραπεία αυτών των επιπλοκών.

7. Critical bleeding in pregnancy: a novel therapeutic approach to bleeding

Critical bleeding in pregnancy is defined by: 1) the amount of blood loss, 2) the rapidity of onset, 3) the blood loss related symptoms and signs. Table 1 summarizes the current definitions.1,2,3 The bleeding can set in a series of events conducive to metabolic complications, hypoxia, disseminate intravascular coagulation (DIC), organ damage and multiorgan failure (MOF), progressively exhaustive. The criterion of the intervention to control the bleeding is therefore clinical: therapy must be instituted before successive complications ensue. In this presentation we focus on activated recombinant factor VII (rFVIIa).

Κρίσιμη αιμορραγία στην εγκυμοσύνη ορίζεται από: 1) το ποσό της απώλειας αίματος, 2) την ταχύτητα της έναρξης, 3) παράγοντες που σχετίζονται με την

απώλεια αίματος σημεία και συμπτώματα. Ο Πίνακας 1 συνοψίζει το σημερινό ορισμό. Η αιμορραγία μπορεί να ρυθμιστεί σε μια σειρά εκδηλώσεων που ευνοούν τις μεταβολικές επιπλοκές, όπως η υποξία, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (DIC), βλάβη των οργάνων και πολλαπλούς αποτυχία tiorgan (MOF). Το κριτήριο της παρέμβασης για τον έλεγχο της αιμορραγίας εκ τούτου, είναι κλινικά: η θεραπεία η οποία θα πρέπει να ξεκινά πριν προκύψουν διαδοχικές επιπλοκές. Σε αυτή την παρουσίαση θα επικεντρωθούμε στον ενεργοποιημένο ανασυνδυσασμένο παράγοντα VII (rFVIIa).

8. Ectopic pregnancy: risk factors, diagnostic procedures and treatment

Introduction

An ectopic pregnancy is one that develops outside the uterus. The developing embryo implants in an area other than the endometrial layer of the uterus, which is the normal site for implantation and development. In 'normal' pregnancy, the ovum, once fertilised, proceeds along the fallopian tube. Transit of the ovum is assisted by peristaltic action, fluid produced by the epithelial lining and cilia lining the fallopian tube. Over the course of six to eight days, the zygote develops by simple cell division, but does not increase in size. The mass of cells at this stage is called a morula, which divides into an outer and inner cell mass. Fluid filling the space between the two layers is termed a blastocyst. The outer cell mass, referred to as the trophoblast, is involved in the implantation of the blastocyst into the prepared endometrium (the decidua) and the inner cell mass develops into the embryo, umbilical cord structure and inner membrane. Implantation occurs about seven to ten days after fertilisation when the endometrium closes over the blastocyst (Farrer 1990, Martini 2008). After implantation, the chorion (the outermost extraembryonic membrane), important in the development of the placenta, grows from the trophoblast. Chorionic villi develop as extensions of the chorionic blood vessels, bringing embryonic circulation to the placenta. The placenta secures the developing fetus to the uterus and provides an area for the exchange of nutrients and waste products between the fetus and the mother.

Εισαγωγή

Μια έκτοπη κύηση είναι αυτή που αναπτύσσεται έξω από τη μήτρα. Τα αναπτυσσόμενα έμβρυα εμφυτεύονται σε μια περιοχή εκτός από το στρώμα του ενδομητρίου της μήτρας, που είναι η φυσιολογική θέση για εμφύτευση και ανάπτυξη. Στην «κανονική» εγκυμοσύνη, το ωάριο, αφού γονιμοποιηθεί, προχωρά κατά μήκος της σάλπιγγας. Η διέλευση του ωαρίου επικουρείται από την περισταλτική δράση, υγρό που παράγεται από την επιθηλιακή

επένδυση και βλεφαρίδες που ευθυγραμμίζουν την σάλπιγγα. Κατά τη διάρκεια από έξι έως οκτώ ημέρες, ο ζυγώτης αναπτύσσεται με απλή διαίρεση των κυττάρων, αλλά δεν αυξάνει σε μέγεθος. Η μάζα των κυττάρων σε αυτό το στάδιο ονομάζεται μορίδιο, η οποία διαιρεί σε έναν εξωτερικό και ένα εσωτερικό μέρος την κυτταρική μάζα. Η πλήρωση του χώρου με υγρό, μεταξύ των δύο στρωμάτων χαρακτηρίζεται με τον όρο της βλαστοκύστη. Η εξωτερική κυτταρική μάζα, που αναφέρεται ως τροφοβλάστη, εμπλέκεται στην εμφύτευση της βλαστοκύστης στο έτοιμο ενδομήτριο (το φθαρό) και το εσωτερικό της, ενώ στην κυτταρική μάζα αναπτύσσεται το έμβρυο, τη δομή του ομφάλιου λώρου και την εσωτερική μεμβράνη. Εμφύτευση εμφανίζεται περίπου επτά έως δέκα ημέρες μετά τη γονιμοποίηση, όταν το ενδομήτριο κλείνει πάνω από την βλαστοκύστη (Farrer 1990, Martini 2008). Μετά την εμφύτευση, το χόριο (το εξώτατο της εμβρυονικής μεμβράνης), σημαντικό για την ανάπτυξη του πλακούντα, αυξάνεται από την τροφοβλάστη. Οι χοριακές λάχνες αναπτύσσονται ως επεκτάσεις των χοριακών αιμοφόρων αγγείων, φέρνοντας εμβρυϊκά κυκλοφορία στον πλακούντα. Ο πλακούντας ασφαρίζει το αναπτυσσόμενο έμβρυο στη μήτρα και παρέχει ένα χώρο για την ανταλλαγή των θρεπτικών συστατικών και προϊόντων αλλά και αποβλήτων μεταξύ του εμβρύου και της μητέρας.

9. Early pregnancy bleeding

Abstract

Background:

Twenty to forty per cent of pregnant women will experience bleeding during the first trimester. Initial presentation is usually to the general practitioner. Complications of miscarriage, including threatened miscarriage and ectopic pregnancy, are the most common diagnoses. The failure to diagnose an ectopic pregnancy may have life-threatening consequences for a woman.

Objective:

The aim of this article is to review the history, examination findings, investigations and management options for miscarriage and ectopic pregnancy.

Discussion:

Early pregnancy bleeding is a very distressing symptom for which a woman seeks reassurance that she has an ongoing pregnancy. It is not always possible to make a diagnosis at the first presentation. In some cases, the need for follow-up investigations or referral to a gynaecologist is required. As healthcare providers, we should continue to review and update our knowledge

in the management of this common presentation in order to optimise our care of these patients.

Φόντο:

Είκοσι έως σαράντα τοις εκατό των εγκύων γυναικών θα βιώσουν αιμορραγία κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Επιπλοκές της αποβολής, συμπεριλαμβανομένων των απειλούμενων αποβολών και της εξωμήτριας κύησης, είναι οι πιο συχνές διαγνώσεις. Η αποτυχία για τη διάγνωση έκτοπης κύησης μπορεί να έχει συνέπειες απειλητικές για τη ζωή της γυναίκα.

Σκοπός:

Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να εξετάσει την ιστορία, τα ευρήματα της εξέτασης, τις έρευνες και τις επιλογές διαχείρισης για αποβολή και έκτοπη κύηση.

Συζήτηση:

Πρώιμη αιμορραγία της εγκυμοσύνης είναι ένα πολύ οδυνηρό σύμπτωμα για το οποίο μια γυναίκα προσπαθεί διαβεβαίωση ότι έχει συνεχιζόμενη εγκυμοσύνη . Δεν είναι πάντα δυνατόν να γίνει μια διάγνωση κατά την πρώτη παρουσίαση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, απαιτείται η ανάγκη για έρευνες παρακολούθησης ή παραπομπή σε γυναικολόγο. Όμως οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να συνεχίσουμε την επανεξέταση και να επικαιροποιήσουμε τις γνώσεις μας όσον αφορά τη διαχείριση αυτής της κοινής παρουσίασης, προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η φροντίδα μας για αυτούς τους ασθενείς.

10. Haemostatic management of obstetric haemorrhage

Abstract

The haemostatic management of major obstetric haemorrhage remains challenging, and current published guidance relies heavily on experience from the non-pregnant population and expert opinion. In recent years, an interest in the implications of relative hypofibrinogenaemia, point-of-care monitoring of coagulation abnormalities, and the potential to give goal-directed therapy to correct coagulopathies, have created the possibility of significantly challenging and changing guidance. There is evidence that the haemostatic impairment in the pregnant population is different from trauma-induced bleeding, and the type and rate of onset of coagulopathies differ depending on the underlying cause. This review examines areas such as possible intervention points, describes evidence for over-transfusion of fresh frozen plasma in some situations and challenges conventional thinking on formulaic management. It

also examines the rationale for other therapeutic options, including fibrinogen concentrate and tranexamic acid.

Περίληψη

Η αιμοστατική διαχείριση των μεγάλων μαιευτικών αιμορραγιών παραμένει πρόκληση, και το ρεύμα που δημοσιεύθηκε στηρίζεται στην καθοδήγηση σε μεγάλο βαθμό και στην εμπειρία από τη μη έγκυες και τη γνώμη των εμπειρογνομώνων. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις της σχετικής υποϊνωδογοναιμίας, σημείο ενδιαφέροντος η παρακολούθηση των ανωμαλιών πήξης, και η δυνατότητα να προσφέρουν θεραπεία με στόχο την διόρθωση των διαταραχών της πήξης, έχουν δημιουργήσει τη δυνατότητα σημαντικά προκλητικής αλλαγής προσανατολισμού. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αιμοστατική απομείωση στον πληθυσμό των εγκύων είναι διαφορετικό σε διαχείριση από ότι το τραύμα που προκαλεί αιμορραγία, και ο τύπος και το ποσοστό της έναρξης και της πήξης διαφέρουν ανάλογα με την υποκείμενη αιτία. Η αναθεώρηση αυτή εξετάζει τομείς, όπως τα πιθανά σημεία παρέμβασης, περιγράφει αποδείξεις για μετάγγιση φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος σε ορισμένες καταστάσεις και προκλήσεις συμβατικής σκέψης για στερεότυπη διαχείριση. Εξετάζει επίσης το σκεπτικό για άλλες θεραπευτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένων το συμπύκνωμα ινωδογόνου και τρανεξαμικού οξέος.

11. Secondary postpartum hemorrhage

Abstract

Objectives:

To define secondary postpartum hemorrhage (HSPP), to discuss its main etiologies and suggest a proposal for its management.

MATERIALS AND METHODS:

Bibliographic research by crossing keywords: secondary postpartum hemorrhage, delayed postpartum hemorrhage, postpartum bleeding, placental remnant, placental and hysteroscopy.

Results:

The HSPP (0.5 and 2%) is defined as bleeding occurring between 24hours and 6weeks after birth and requiring therapeutic action whatsoever (professional consensus). The most common etiology is retained placental fragments and/or endometritis, associated or not with incomplete uterine involution (Professional consensus). Among other etiologies: the pseudoaneurysms of the uterine artery, arteriovenous fistulae's,

choriocarcinoma and coagulopathies. Management of HSPP depends on its etiology and the severity of bleeding. It includes antibiotics (grade A) and uterotonics (professional consensus). Antibiotherapy depends of the protocols of each department. Usually the patient will be hospitalized (Professional consensus). In case of persistent bleeding, suction curettage with or without hysteroscopy is recommended (Professional consensus).

Conclusion:

Although HSPP is an important source of maternal morbidity, it is concerned by a relatively few number of studies in the literature. Its management is based on a comprehensive etiological work-up in order to provide appropriate treatment.

Περίληψη

Στόχοι:

Για να ορίσετε δευτερογενή αιμορραγία μετά τον τοκετό, για να συζητήσουν κύριες αιτίες της και να εισηγηθεί μια πρόταση για τη διαχείριση της.

Υλικά και Μέθοδοι:

Βιβλιογραφική έρευνα από τη διέλευση με λέξεις-κλειδιά: δευτεροβάθμια αιμορραγία μετά τον τοκετό, καθυστερημένη αιμορραγία μετά τον τοκετό, αιμορραγία μετά τον τοκετό, απομεινάρια πλακούντα, πλακούντα και υστεροσκόπηση.

Αποτελέσματα:

Η δευτερεύουσα αιμορραγία μετά τον τοκετό (0,5 και 2%) ορίζεται ως η αιμορραγία η οποία λαμβάνει χώρα μεταξύ 24 ωρών και 6 εβδομάδων μετά τη γέννηση και απαιτούν απολύτως θεραπευτική δράση (επαγγελματική συναίνεση). Η πιο κοινή αιτιολογία στηρίζεται στην διατήρηση θραυσμάτων πλακούντα ή / και ενδομητρίτιδα, που συνδέονται ή όχι με ατελή υποστροφή της μήτρας (επαγγελματική συναίνεση). Μεταξύ άλλων αιτιολογίες αποτελούν τα ψευδοανευρύσματα της μητρικής αρτηρίας, αρτηριοφλεβώδεις συρίγγια, το χοριοκαρκίνωμα και διαταραχές πήξης. Διαχείριση των αιμορραγιών μετά τον τοκετό, εξαρτάται από την αιτιολογία της και την σοβαρότητα της αιμορραγίας. Περιλαμβάνει αντιβιοτικά (βαθμός A) και μητροτονικά (επαγγελματική συναίνεση). Η χορήγηση αντιβιοτικών εξαρτάται από τα πρωτόκολλα του κάθε τμήματος. Συνήθως ο ασθενής θα πρέπει να νοσηλευτεί (επαγγελματική συναίνεση). Σε περίπτωση επίμονης αιμορραγίας, αναρροφητική απόξεση με ή χωρίς υστεροσκόπηση συνιστάται (επαγγελματική συναίνεση).

Σύναψη:

Παρά το γεγονός ότι η ύπαρξη της αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι μια σημαντική πηγή της μητρικής νοσηρότητας, ανησυχεί από ένα σχετικά μικρό αριθμό μελετών στη βιβλιογραφία. Η διαχείριση του βασίζεται σε μια ολοκληρωμένη αιτιολογική επεξεργασία προκειμένου να παρέχουν την πιο κατάλληλη θεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. 2002. *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*. WHO.
2. 2012. *Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management in Early Pregnancy of Ectopic Pregnancy and Miscarriage*. NICE Clinical Guidelines.
3. 2014. *S1-Guideline on the Use of CTG During Pregnancy and Labor*. Geburtshilfe Frauenheilkd.
4. Abdulkadir, T., Ozler, A., Evsen, M.S., Soydinc, H.E., Goruk, N.Y., Karacor, T., Gul, T., 2013. *Uterine rupture revisited: Predisposing factors, clinical features, management and outcomes from a tertiary care center in Turkey*. Pakistan Journal of Medical Science.
5. Barash, J.H., Buchanan, E.M., Hillson, C., Jefferson, T., 2014. *Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*. American Family Physician. Volume 90. p.37-39.
6. Belleza, M., 2016. *Postpartum Hemorrhage*. Nurselabs for all your nursing needs.
7. Ciavattini, A., Giuseppe, J.D., Stortoni, P., Montik, N., Giannubilo, S.R., Litta, P., Islam, S., Tranquilli, A.L., Reis, F.M., Pasquapina, C., 2013. *Uterine Fibroids: Pathogenesis and Interactions with Endometrium and Endomyometrial Junction*. Obstetrics and Gynecology International. Volume 2013.
8. Costanzo, S.L., 2013. *Φυσιολογία*. 5^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
9. Degani, N. & Sikich, N., 2015. *Caesarean Delivery Rate Review: An Evidence-Based Analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series.
10. Deutchman, M., Tanner, T.A. & Turok, D.K., 2009. *First Trimester Bleeding*. American Academy of Family Physicians. Volume 11. p.985-992.
11. Dhanda, S., Ramani, S. & Thakur, M., 2014. *Gestational Trophoblastic Disease: A Multimodality Imaging Approach with Impact on Diagnosis and Management*. Radiology research and practice.
12. Dong, G.J., Ji, S.W., Jae, U.S., Yun, J.C., Ko, H.S., In, Y.P., Jong, C.S., 2011. *Maternal Outcomes According to Placental Position in Placental Previa*. International Journal of Medical Science. Volume 8. p. 11-23.

13. Drake, L.R., Vogl, W. & Mitchell, A.W.M., 2007. *Gray's Ανατομία*. 39^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
14. Elsasser, D.A., Ananth, C.V., Prasad, V., Vintzileos, A.M., 2010. *Diagnosis of Placental Abruptio: Relationship between Clinical and Histopathological Findings*. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproduction Biology. Volume 148. p. 125.
15. Eoh, K.J., Chung, Y.S., Yim, G.W., Nam, E.J., Sunghoon, K., Sang, W.K., Kim, Y.T., 2015. *Role of surgical therapy in the management of gestational trophoblastic neoplasia*. Obstetrics & Gynecology Science. Volume 58. p. 277-83.
16. Erhabor, O., Isaac, I.Z., Muhammad, A.M., Abdulrahman, Y., Ezimah, A.C., Adias, T.C., 2013. *Some hemostatic parameters in women with obstetric hemorrhage in Sokoto*. Nigeria. International Journal of Womens Health. Volume 5. p.91- 285.
17. Eskicioglu, F., Ulkumen A.B. & Calik, E., 2015. *Complete blood count parameters may have a role in diagnosis of gestational trophoblastic disease*. Pakistan Journal of Medical Sciences. Volume 31. p. 667–671.
18. Fontain, P., Leeman, L. & Sakornbut, E., 2007. *Late Pregnancy Bleeding*. American Academy of Family Physicians. Volume 75. p.1199-1206.
19. Fritsch, H., Kuhnel, W., 2009. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής*. 2^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
20. Gargano, J.W., Holzman, C.B., Senagore, P.K., Reuss, M.L., Pathak, D.R., Williams, M.A., Fisher, R., 2010. *Evidence of Placental Hemorrhage and Preterm Delivery*. British Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 117. p.445–455.
21. Garmi, G. & Salim, R., 2012. *Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta*. Obstetrics and Gynecology International. Volume 2012. p.
22. Ghaheh, H.S., Feizi, A., Mousavi, M., Sohrabi, D., Mesghari, L., Hosseini, Z., 2013. *Risk factors of placental abruptio*. Journal of Research in Medical Science. Volume 18. p.422–426
23. Harland, K.K., Saftlas, A.F., Yankowitz, J., Peek-Asa, C., 2014. *Risk Factors for Maternal Injuries in a Population-Based Sample of Pregnant Women*. Journal of Women's Health. Volume 23. p.1033–1038.
24. Hasan, R., Baird, Donna. D., Herring, A.H., Olshan, A.F., Funk, J., Mitchele, L., Hartmann, K.F., 2010. *Patterns and Predictors of Vaginal*

Bleeding in the First Trimester of Pregnancy. *Annals of Epidemiology*. Volume 20. p.524–531.

25. Hasan, R., Baird, Donna. D., Herring, A.H., Olshan, A.F., Funk, J., Mitchele, L., Hartmann, K.F., 2009. *Association Between First-Trimester Vaginal Bleeding and Miscarriage*. *Obstetrics & Gynecology*. Volume 114. p.860–867.

26. Hasan, R., Baird, Donna. D., Herring, A.H., Olshan, A.F., Funk, J., M.L., Hartmann, K.F., 2010. *Accuracy of Reporting Bleeding During Pregnancy*. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. Volume 24. p.31–34.

27. Heller, H.T., Mullen, K.M., Gordon, R.W., Reiss, R.E., Benson, C.B., 2014. *Outcomes of Pregnancies With a Low-Lying Placenta Diagnosed on Second-Trimester Sonography*. *American Institute of Ultrasound in Medicine*. Volume 33. p.691-696.

28. Holland, M.L., Christensen, J.J., Shone, L.P., Kearney, M.H., Kitzman, H.J., 2014. *Women's Reasons for Attrition from a Nurse Home Visiting Program*. *Journal of Obstetrics-Gynecology & Neonatal Nursing*. Volume 43. p.61–70.

29. Jacobson, C.H., Zlatnik, M.G., Powell- Kennedy, H., Lyndon, A., 2013. *Nurse's perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care*. *Journal of Obstetrics-Gynecology & Neonatal Nursing*. Volume 42. p.577–587.

30. Jang, D.G., We, J.S., Shin, J.U., Choi, Y.J., Ko, H.S., Park, I.Y., Shin J.C., 2011. *Maternal Outcomes According to Placental Position in Placental Previa*. *International Journal of Medical Science*. Volume 8. p.439–444.

31. Jiang, Q., Yang, L., Charles, A., Medlin, E.E., Kushner, D.M., Zheng, Y., 2015. *Uterine rupture disguised by urinary retention following a second trimester induced abortion: a case report*. *Biomed central Women's Health*.

32. Kainer, F. & Hasbargen, U., 2008. *Emergencies Associated With Pregnancy and Delivery: Peripartum Hemorrhage*. *Deutsches Arzteblatt International*. Volume 105. p.629–638.

33. Kent, A., 2012. *Medical Treatment of Fibroids*. *Obstetrics and Gynecology*. Volume 5. p.112–113.

34. Khan, F., Everard, J., Ahmed, S., Coleman, R.E., Aitken, M., Hancock, B.W., 2003. *Low-risk persistent gestational trophoblastic disease treated with low-dose methotrexate: efficacy, acute and long-term effects*. *British Journal of Cancer*. Volume 89. p.2197–2201.

35. Kinoshita, T., Takeshita, N., Takashima, A., Yasuda, Y., Ishida, H., Manrai, M., 2014. *A Case of Life-threatening Obstetrical Hemorrhage Secondary to Placental Abruption at 17 Weeks of Gestation*. Clinics and Practice. Volume 4. p.605.
36. Kirk, E., Bottomley, C. & Bourne, T., 2013. *Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location*. Medicine & Health Human Reproduction Update. Volume 20. p. 250-261.
37. Koifman, A., Levy, A., Zaulan, Y., Harlev, A., Mazor, M., Wiznitzer, A., Sheiner, E., 2007. *The clinical significance of bleeding during the second trimester of pregnancy*. Archives of Gynecology and Obstetrics. Volume 278. p.47–51.
38. Kourtis, A.P., Read, J.S. & Jamieson, D.J., 2014. *Pregnancy and Infection*. The New England Journal of Medicine. Volume 23. p.2211.
39. Kuo, C., Jamieson, D.J., McPheeters, M.L., Meikle, S.F., Posner, S.F., 2007. *Injury hospitalizations of pregnant women in the United States, 2002*. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Volume 196. p.1611–1616.
40. Landy, C.K., Jack, S.M., Wahoush, O., Sheehan, D., MacMillan, H.L., 2012. *Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study*. Bio Med Central of Nursing. Volume 11. p.15.
41. Larsen, W.J., 2007. *Ανατομία: Ανάπτυξη- Λειτουργία- Κλινικές Συσχετίσεις*. Αθήνα, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε.
42. Lassi, Z.S., Mansoor, T., Salam, R.A., Das, J.K., Bhutta, Z.A., 2014. *Essential pre-pregnancy and pregnancy interventions for improved maternal, newborn and child health*. Reproductive Health. Volume 11.
43. Lee, H.J., Norwitz, E.R., Shaw, J., 2010. *Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy*. Obstetrics and Gynecology. Volume 3. p.20–27.
44. Lemone, P., Burke, K. & Bauldoff, G., 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. 6^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
45. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Cashion, K., 2013. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. 8^η Έκδοση. Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
46. Lumsden, S., Lindsay, I., Sebire, N.J., Adjogatse, D., Seckl, M.J., Savage, P.M., 2012. *Treatment outcomes for 618 women with gestational trophoblastic tumours following a molar pregnancy at the Charing Cross Hospital, 2000–2009*. British Journal of Cancer. Volume 107. p.1810–1814.

47. Lykke, J., Dideriksen, A., Lehrmann, K., Lidegaard, O., Langhoff-Roos, J., 2010. *First-Trimester Vaginal Bleeding and Complications Later in Pregnancy*. *Obstetrics & Gynecology*. Volume 115. p.935-944.
48. Mathai, M., Sanghvi, H., Guidott, R.J., 2007. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Department of Reproductive Health and Research WHO. Volume 94. p.334.
49. McCarthy, A. & Hunter, B., 2009. *Μαιευτική και Γυναικολογία*. 2^η Έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
50. Metcalfe, A., Grabowska, K., Weller, C., Tough, S.C., 2013. *Impact of prenatal care provider on the use of ancillary health services during pregnancy*. *Bio Med Central of Pregnancy Childbirth*.
51. Mettler, L., Schollmeyer, T., Tinelli, A., Malvasi, A., Alkatout, I., 2012. *Complications of Uterine Fibroids and Their Management, Surgical Management of Fibroids, Laparoscopy and Hysteroscopy versus Hysterectomy, Haemorrhage, Adhesions, and Complications*. *Obstetrics and Gynecology International*. Volume 2012. p.1-8.
52. Moore, K.L., Dalley, A.F. & Agur, A.M.R., 2013. *Κλινική Ανατομία*. 6^η Έκδοση. Κύπρος. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD.
53. Moroni, R.M., Vieira, C.S., Ferriani, R.A., Candido-dos-Reis, F.J., Brito, L.G., 2014. *Pharmacological Treatment of Uterine Fibroids*. *Annals of medical & health sciences and research*. Volume 4. P.185–192.
54. Nadukhovskaya, L. & Dart, R., 2001. *Emergency management of the nonviable intrauterine pregnancy*. *The American Journal of Emergency Medicine*. Volume 19. p.495–500.
55. *NICE Clinical Guidelines*. 2012. London. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK).
56. Ouyang, D.W., Economy, K.E. & Norwitz, E.R., 2006. *Obstetric Complications of Fibroids*. *Obstetrics & Gynecology Clinic North America*. Volume 33. p.153-169.
57. Psaila, K., Kruske, S., Fowler, C., Homer, C., Schmied, V., 2014. *Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives*. *Bio Medical Central of Pregnancy & Childbirth*. Volume 14. p.151.
58. Qudsia, Q., Akhtar, Z., Kamran K., Khan, A.H., 2012. *Uterus Rupture, Its Complications and Management in Teaching Hospital Bannu, Pakistan*. *Maedica a journal of clinical medicine*. Volume 7. p.49–53.

59. Refaat, B., Dalton, E. & Ledger, W. L., 2015. *Ectopic pregnancy secondary to in vitro fertilisation-embryo transfer: pathogenic mechanisms and management strategies*. Reproductive Biology and Endocrinology. Volume 13. p.30.
60. Riadh, B.T., Abdellatif, C., Wissal, H., Attia, L., Taher, M., Abdelhamid, K., 2009. *Clinical Analysis and Management of Gestational Trophoblastic Diseases: A 90 Cases Study*. International Journal of Biomedical Science. Volume 5. p.321–325.
61. Sekiguchi, A., Nakai, A., Kawabata, I., Hayashi, M., Takeshita, T. 2013. *Type and Location of Placenta Previa Affect Preterm Delivery Risk Related to Antepartum Hemorrhage*. International Journal of Medical Sciences. Volume 10. p.1683–1688.
62. Shigeru A., Inagaki, M., Kurasawa, K., Okuda, M., Takahashi, T., Hirahara, F., 2013. *Retrospective study of pregnant women placed under expectant management for persistent hemorrhage*. Archives of Gynecology and Obstetrics. Volume 289. p.307–311.
63. Silasi, M., Cardenas, I., Racicot, K., Kwon, J., Aldo, P., Mor, G., 2015. *Viral infections during pregnancy*. American Journal of Reproductive Immunology. Volume 73. p.199–213.
64. Siwatch S., Chopra, S., Suri, V., Gupta, N., 2013. *Placenta percreta: rare presentation of haemorrhage in the second trimester*. BMJ Case Reports. Volume 2013.
65. Smith, J.R. & Ramus R.M., 2016. *Postpartum Hemorrhage Treatment & Management*. Medscape.
66. Snell, R.S., 2009. *Κλινική Ανατομική*. 1^η Έκδοση. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
67. Swartz, H.M., 2013. *Κλινική Διάγνωση Ιστορικό και Φυσική Εξέταση*. 6^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
68. Taran, F.A., Kagan, K.O., Hübner, M., Hoopmann, M., Wallwiener, D., Brucker, S., 2015. *The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy*. Deutsches Ärzteblatt international. Volume 112. p.693–704.
69. Ulkumen, B.A., Pala, H.G. & Baytur, Y., 2014. *Acute abdomen and massive hemorrhage due to placenta percreta leading to spontaneous uterine rupture in the second trimester*. Saudi Medical Journal. Volume 35. p.1131–1132.

70. Ulu, I., Güneş, M.S., Kiran, G., Gülşen, M.S., 2016. *A Rare Cause of Placental Abruptio: Uterine Torsion*. Journal of Clinical & Diagnostic Research. Volume 10.
71. Vander, A., Sherman, J., Luciano, D. & Τσακόπουλος, Μ., 2011. *Φυσιολογία του ανθρώπου: Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού*. 8^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
72. Walfish, M., Neuman, A. & Wlody, D., 2009. *Maternal haemorrhage*. British Journal of Anaesthesia, Volume 103. p. 47-56.
73. Yang, J., Savitz, D.A, Dole, N., Hartmann, K.E, Herring, A.H, Olshan, A.F, Thorp, J.M., 2005. *Predictors of vaginal bleeding during the first two trimesters of pregnancy*. Paediatric and Perinatal Epidemiology. Volume 19. p.276–283.
74. Zangene, M., Ebrahimi, B. & Najafi, F., 2014. *Trauma in Pregnancy and It's Consequences in Kermanshah, Iran From 2007 to 2010*. Global journal of health science. Volume 7. p.304–309.
75. Zimmermann, A., Bernuit, D., Gerlinger, C., Schaefer, M., Geppert, K., 2012. *Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women*. Biomed central woman's health. Volume 2012.
76. Ιατράκης, Γ., 2015. *Μαιευτικά προβλήματα και λύσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.
77. Ιατράκης, Ι., 2010. *Παθολογία της κύησης*. 4^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ.
78. Μπόντης, Ν.Ι., 2007. *Βασικές γνώσεις μαιευτικής & γυναικολογίας*. 2^η Έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press.
79. Ντάγκλας, Α., 2007. *“ΟΛΑ όσα θέλετε να ξέρετε για την εγκυμοσύνη”*. 1^η Έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ.
80. Παρασκευάς, Κ.Γ., 2008. *Ανατομία του ανθρώπου*. 1^η Έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press.
81. Σμοκοβίτη, Α., 2008. *Βασικές αρχές φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού: Ένα σύντομο ταξίδι μέσα στο απέραντο σώμα*. 7^η Έκδοση. Θεσσαλονίκη: university studio press.

82. Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, 2014. Σημειώσεις μαθήματος: *Μαιευτική - γυναικολογία* Μαρία Λεοντάρη [εβδομάδα μαθήματος: 2η]. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου Τμήμα Νοσηλευτικής.

83. Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, 2014. Σημειώσεις μαθήματος: *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική* Κανάρης Κωνσταντίνος [εβδομάδα μαθήματος: 6η]. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου Τμήμα Νοσηλευτικής.